

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตร
ประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



นางสาวสุจิตรา มหาสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INFORMATION-MOTIVATION-
HAND AND ARM REHABILITATION PROGRAM ON ACTIVITY OF DAILY LIVING AMONG OL
DER PERSONS WITH STROKE

Miss Sujitra Mahasook



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการ ฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางสาวสุจิตรา มหาสุข
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนာ ชูวรรณะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สุจิตรา มหาสุข : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF INFORMATION-MOTIVATION-HAND AND ARM REHABILITATION PROGRAM ON ACTIVITY OF DAILY LIVING AMONG OLDER PERSONS WITH STROKE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 169 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 44 คน อาศัยในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จับคู่ในด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน และ Barthel ADL Index โดยใช้แนวคิด The Information- Motivation Behavioral Skills Model ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยพิจารณาความเหมาะสมของโปรแกรม 5 รายการจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าเท่ากับ 0.81 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ t-test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577203736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: INFORMATION-MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS / HAND AND ARM REHABILITATION / ACTIVITY OF DAILY LIVING / OLDER PERSONS / STROKE

SUJITTRA MAHASOOK: THE EFFECT OF INFORMATION-MOTIVATION-HAND AND ARM REHABILITATION PROGRAM ON ACTIVITY OF DAILY LIVING AMONG OLDER PERSONS WITH STROKE. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 169 pp.

This quasi-experimental research aimed to test the effects of Information-Motivation-Hand and Arm Rehabilitation program on Activity of Daily Living (ADL) among older persons with stroke. The samples were 44 older persons post stroke at recovery stage living in the community, Phatthalung Province. They were equally assigned to a control group and an experimental group. The participants in both groups were matched by gender, age and duration of illness. The experimental group underwent the Information-Motivation-Hand and Arm Rehabilitation program for sixth weeks and the control group received conventional care. The instruments employed in the study were the Information-Motivation-Hand and Arm Rehabilitation program and Barthel ADL Index. The program was developed under the Information- Motivation Behavioral Skills Model and Hemiplegia Rehabilitation Concept. Content Validity of the program was approved by 5 experts (CVI=0.81). Barthel ADL Index was tested with 30 participants obtaining Reliability 0.80. The data were analyzed using descriptive statistic and t-test. The major results were as follows:

1. Activity of daily living after receiving the Information-Motivation-Hand and Arm Rehabilitation program of older persons with stroke in the experiment group were significantly higher than activity of daily living before undertaking the program ($P < .05$).

2. Activity of daily living after receiving the Information-Motivation-Hand and Arm Rehabilitation program of older persons with stroke in the experiment group were significantly higher those who undertaking conventional care ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ทุ่มเทเสียสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ห่วงใย และท่านให้กำลังใจในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งใจในความเอ็นดูและกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นคำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่งต่อการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลและการดำรงชีวิตในสังคม ตลอดเวลาที่ศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนของการทำวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต

ขอกราบขอบคุณท่านผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถีที่ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อ ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลพัทลุง ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุงที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพ่อ แม่ผู้ซึ่งให้คำสั่งสอนและมอบโอกาสทางการศึกษามาตลอด ขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย เพื่อนมิตรสหาย หัวหน้าตึก เพื่อนร่วมงานและนายเอกพล พัดศรี ที่ช่วยเหลือในทุกๆด้าน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ผลบุญประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่พ่อ แม่ ครอบครัวของข้าพเจ้า ครู อาจารย์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านและครอบครัวที่ได้มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	12
2. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	17
3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.....	28
4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	35
5. โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน.....	38
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง	49
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
ปัญหาและอุปสรรค การยินดีเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย	61
การกำกับการทดลองและผลการกำกับการทดลอง	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย	82
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	91
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	92
รายการอ้างอิง	93
ภาคผนวก	107
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	108
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย	110
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	127
ภาคผนวก ง เอกสารขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	144
ภาคผนวก จ เอกสารอนุมัติจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	146

ภาคผนวก ฉ ประมวลภาพประกอบการดำเนินการวิจัย.....	148
ภาคผนวก ช ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs).....	163
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One – Sample Kolmogorov - Smirnov Test	165
ภาคผนวก ญ ตารางแสดงผลต่างของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลังการทดลอง.....	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	169



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 โปรแกรมการทำให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน	38
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการ เจ็บป่วย โรคประจำตัว และความบกพร่องทางกาย (ส่วนมือและแขน)ที่อ่อนแรง	68
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา โรค ประจำตัว และรายได้ต่อเดือน	71
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ของ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน/ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test	74
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและ แขน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test.....	75
ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs) ด้าน อายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย	164
ตารางที่ 7 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One – Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05	166
ตารางที่ 8 ตารางแสดงผลต่างของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองก่อน-หลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	168

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47
รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	65
รูปภาพที่ 3 เตรียมความพร้อมผู้วิจัย	149
รูปภาพที่ 4 การเตรียมอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการทำกิจกรรม.....	149
รูปภาพที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านและตรวจคัดกรอง ประเมินร่างกาย	150
รูปภาพที่ 6 การนัดกิจกรรมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1.....	151
รูปภาพที่ 7 การฝึกฝนและสาธิตย้อนกลับกิจกรรมการฟื้นฟูมือและแขนทั้ง 8 กิจกรรมตาม โปรแกรมฯ.....	152
รูปภาพที่ 8 รวมภาพการลงเยี่ยมบ้าน	156
รูปภาพที่ 9 รวมภาพกิจกรรมกลุ่มย่อย ครั้งที่ 2 และสิ้นสุดการวิจัย.....	162

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทั่วโลก พบว่าร้อยละ 80 มีอายุมากกว่า 60 ปี (World Health Organization [WHO], 2012; World Stroke Organization [WSO], 2012) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เกิดขึ้นมากกว่า 795,000 คนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (American Heart & Stroke Association [AHA], 2013) ผู้สูงอายุไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 251.57 คนต่อแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2556) โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปีมีอัตราตายจากโรคร้อยละ 17 (สมาคมพญามาตรและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2556) จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศไทยปีพ.ศ. 2546-47 และปีพ.ศ. 2551-52 พบผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากร้อยละ 2.1 เป็น 3.5 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำหรับโรงพยาบาลพัทลุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดขนาด 440 เตียง มีสถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างปี 2554-2556 และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 389 คน เป็น 457 และ 502 คน ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เฉลี่ยสัปดาห์ละ 2-3 คน (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพัทลุง, 2556) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และการพยาบาลที่ต้องเพิ่มความเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตและเกิดความบกพร่องทางกาย (Monout et al., 2008) ก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ (Dearborn & McCullough, 2009; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; Gialanella et al., 2013) ผู้ป่วยร้อยละ 55-75 ที่อยู่ในช่วง 3-6 เดือนหลังการเกิดโรคพบปัญหาอัมพาตครึ่งซีก การเคลื่อนไหวของมือ แขนและขามีอาการอ่อนแรง (Grant, 1996) และพบว่าร้อยละ 25-53 มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 ด้าน (Pang et al., 2006) โดยเฉพาะการกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน (Lindelof, 2013) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายลูกจากเตียง ขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำ และการควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น (Sutthichai Jitapunkul et al., 1994; Hock, 1999;

National Institute of Neurological Disorders and Stroke, [NINDS] 2007) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักต้องนอนติดเตียงนาน ทำให้เกิดการหดสั้นหรือหดรั้งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีขนาดลีบเล็กลง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544) สอดคล้องกับ Agranoff (2008) พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายจะลดลงประมาณร้อยละ 10-15 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองและการเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในการช่วยทำกิจวัตรประจำวัน (Ragsdale, Yarbough & Lasher, 1993; พรชัย จุลเมตต์, 2540; Brandstater, 2005) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 80 มีข้อจำกัดในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง (จอม สุวรรณโณ, 2540) ร้อยละ 65 มักมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้นและร้อยละ 15 ต้องกลับเข้ารับการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพซ้ำในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านพบว่าร้อยละ 35 ไม่มีผู้ดูแลหลัก (อารมณ บัญเกิด, 2540) การศึกษาของ Chemrinski, Robinson & Kosier (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยพบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึงการประกอบกิจกรรมของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในเชิงปฏิบัติ (Functional ability) เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระทางสังคมได้แก่ การเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ถึงภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) การศึกษาของประจวบ มงคลศิริ (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสามารถในการเดิน การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ อายุและเพศ พบว่าอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (อนูรี ชาญธวัชชัย 2542; วิษณุ กัมทรทิพย์, 2550) เพศชายเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (AHA, 2007) และระยะเวลาการเจ็บป่วย กล่าวคือระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นสำคัญต่อการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โอกาสฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วที่สุดคือ ภายในช่วง 6 เดือนนับจากวันที่เกิดอาการป่วย แต่เมื่อพ้นระยะเวลา 1 ปีไปแล้ว การฟื้นฟูก็จะค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของโรคที่มากกว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ สติสัมปชัญญะและมีอาการอ่อนแรง

รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (Sven et al., 2006; Kwakkel & Kollen, 2013)

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพของโรคมักมีการฟื้นหาย (Brain recovery) เกิดจากปฏิกิริยาการทำงานของเซลล์ประสาทที่เรียกว่า Axon และ Dendrite แต่การฟื้นฟูสภาพของสมองหรือการซ่อมแซมด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์ของระบบประสาทในผู้สูงอายุเป็นไปได้ยากและช้ามาก มีการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน คือสัมผัส รับรส รับกลิ่น การได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหว (Sosnowski & Ustik, 1994) ส่วนการฟื้นฟูทางด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวมักเริ่มจากกล้ามเนื้อส่วนต้นไปสู่ส่วนปลาย อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการกระตุ้นหรือมีการฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวตั้งแต่ในระยะแรก อาจทำให้การฟื้นคืนสภาพด้านการเคลื่อนไหวมือและแขน ขาของผู้ป่วยสูงอายุหยุดอยู่เพียงระยะใดระยะหนึ่งเท่านั้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นช่วงวิกฤติเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพจำเป็นต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้เวลายาวนาน แต่พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยยังไม่มีความมั่นใจหรือขาดทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักละเลยมือและแขนหรือร่างกายข้างที่อ่อนแรงแซงข้างที่มีแรงทำกิจวัตรประจำวันทำกิจกรรมต่างๆข้างเดียวเสียมากกว่า ยิ่งทำให้มือและแขนข้างที่อ่อนแรงแมีการหดเกร็งหรืออ่อนปวกเปียกยิ่งขึ้นส่งผลให้การฟื้นหายของมือและแขนจากการทำกายภาพบำบัดช้าลงหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังฟื้นฟูมือและแขนได้น้อย แต่เมื่อได้รับการฝึกฝนการออกกำลังกายส่วนของร่างกายที่อ่อนแรงช่วยให้การทำกิจวัตรด้วยตนเองดีขึ้นได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) พบว่าร้อยละ 30.9 ไม่สามารถนำความรู้หรือทักษะที่เคยได้รับการสอนไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยร้อยละ 34.5 หลังจำหน่ายกลับบ้านมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (สมนึก สุกุลหงส์โสภณและคณะ, 2554) ในบริบทของชุมชนพบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ สถานที่บริการอยู่ไกลและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นให้นำส่งโรงพยาบาลทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง การให้ความรู้และสอนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนจึงไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้มือและแขนฟื้นคืนสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุจิรา คำสาร, 2553) รวมทั้งทีมผู้ให้บริการยังคงตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาลและให้บริการได้ไม่ครอบคลุมกับการเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ดูแลหลักต้องทำงานหารายได้จึงไม่มีเวลาดูแลหรือช่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนไม่มีเวลาพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดหรือเข้ารับบริการฟื้นฟูที่สถานพยาบาล (ศุภพันธ์ โสสันดา, 2553) ปัจจุบันชุมชนเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิกในครอบครัวน้อยและมักทำงานนอกบ้าน บางรายเป็นผู้รับภาระดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังจนมีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีผู้มาผลัดเปลี่ยนทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ

การดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจขาดประสิทธิภาพ (ศรันยา แสงมณีและคณะ, 2555) อีกทั้ง การให้ความรู้และสอนทักษะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนจำเป็นต้องมีการให้ความรู้อย่างละเอียด ชัดเจน เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนซ้ำๆจนเกิดความชำนาญ โดยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากการฟื้นฟูมือและแขนต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อแท้กับปัญหาเรื้อรัง ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ได้รับประสิทธิผลที่ดีนักในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง จากอุปสรรคดังกล่าวพบว่ามีสาเหตุจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีความบกพร่องในการรับรู้ ขาดความรู้เรื่องโรคและขาดทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (หนึ่งฤทัย บุตรมา, 2553; Pinter, 2012) หรือมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ เนื่องจากการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยาวนาน (ลัชวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2555) ก่อให้เกิดความเครียด (ศรีสุตา เจียรรัตน์, 2550) ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย และอาจแยกตัวจากสังคม (Astrom et al., 1992; Berger & Williams, 1992) คิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัว (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ผู้ป่วยมักละเลยร่างกายข้างที่อ่อนแรงและขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง (นันทกา แก้วเฉย, 2552)

โรงพยาบาลพัทลุงตั้งอยู่ในเขตเทศบาลจังหวัดพัทลุง เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัด รับผู้ป่วยทุกประเภท ทุกวัย รวมทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองก็ใช้โรงพยาบาลพัทลุงเป็นหลัก จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพัทลุงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 2-3 คนต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลพัทลุงจนพ้นระยะวิกฤติจะได้รับการจำหน่ายให้กลับไปดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้าน ตามปกติกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลจะเป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่นโดยการเยี่ยมบ้าน แม้ว่าทีมสุขภาพของแผนกเวชกรรมสังคมจะประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงความเข้มข้นและเจาะจงในการสอนการดูแลให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ฟื้นฟูมือและแขนที่อ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุคลากรมีไม่เพียงพอ การฟื้นฟูมือ แขนและขาที่อ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคและการสอนทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับแรงจูงใจที่เพียงพอจึงจะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในเวลาที่เหมาะสม

แนวความคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information - Motivation Behavioral Skills Model) ของ Fisher & Harman (2003) อธิบายว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเรื่องโรคและการ

ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความเชื่อมั่นในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม ตลอดจนมีการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย กิจกรรมบำบัดและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2555) และระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือตั้งแต่ 4 สัปดาห์เป็นต้นไป และต้องมีการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายอย่างใกล้ชิดในเวลา 1 เดือน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง (2551) พบว่าการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่างๆ ฝึกวันละ 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที นาน 4 สัปดาห์สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ Woodson (2002) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการกระตุ้นและมีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระยะแรก ประมาณร้อยละ 14-16 เท่านั้นที่สามารถฟื้นตัวกลับมาได้ใกล้เคียงปกติ สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์ (2555) ได้อธิบายการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนโดยใช้อุปกรณ์ง่ายๆที่บ้าน ใช้อุปกรณ์ใกล้ตัว เช่นการขยำและคลี่กระดาษเพื่อฝึกความแข็งแรงและความคล่องแคล่วของนิ้วมือและอุ้งมือ การกำแม่ลีดั่วเพื่อฝึกความสามารถในการกำของอุ้งมือ และการฝึกใช้มือและแขนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆ ผลพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นคืนสภาพของมือและแขนดีขึ้น ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้เองมากขึ้นและมีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตามจากรายงานของสถาบันประสาทวิทยา (2554) พบว่าการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในปัจจุบันประสบความสำเร็จในส่วนขา มากกว่าส่วนมือและแขน อีกทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวมือกับแขนมักฟื้นฟูได้ช้ากว่าส่วนขา (ปิยะภักธ พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2547; Winstein et al., 2004; Sabini et al., 2013) อาจเนื่องจากนิ้วมือเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กและแขนเป็นกล้ามเนื้อส่วนปลาย ดังนั้นขาซึ่งเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่จะฟื้นฟูได้ดีกว่ามือและแขน (หมอชาวบ้าน, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ประสบความสำเร็จเท่ากับการฟื้นฟูส่วนขา ต้องใช้ความอดทน มีแรงจูงใจและต้องมีทักษะที่ดีในการฟื้นฟู ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนมีความสำคัญอย่างมากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะของการเสื่อมลง จึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ผู้ที่อายุมากขึ้นจะมีศักยภาพในการดูแลและทำกิจวัตรต่างๆด้วยตนเองลดลง (โสธรรุ สุตสาร, 2547; Ebersole & Hess, 1997) การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพาร้อยละ 60 ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน (กมล สุภิน และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553) ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Wallace, 2008) สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (Broning &

Hogstel, 1994) เน้นการดูแลที่ต่อเนื่องด้วยการเพิ่มแรงจูงใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดและเอาใจใส่ได้เต็มที่ (สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, 2555) การศึกษาของ Xiaoying (1998) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับที่ดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุก มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพและสามารถประดิษฐ์อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจรรยา วิรุฬราช, 2550; นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556) การพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหามือและแขนอ่อนแรงในชุมชนนั้นถือเป็นการให้บริการซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล (Ollonqvist et al., 2008) พยาบาลควรสนับสนุนและให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและภาวะแทรกซ้อน (Bakas et al., 2002) ทักษะที่จำเป็นในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (สิริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) และมีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Adam et al., 2003) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนทักษะการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลกิจวัตรประจำวันโดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (วาธินี คัชมาตย์, 2543) สอดคล้องกับทศพร คำผลศิริ และคณะ (2549) และบรรณทวารวณ หิริญเคราะห์ และคณะ (2550) พบว่าผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงถึงความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นบุคลากรที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านกับโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร (AHA, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ตามแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของ Fisher & Harman (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก Bobath (1990) ซึ่งสร้างโดยอาศัยทฤษฎีพัฒนาการของระบบประสาท (Bobath neurodevelopment theory) โดยหลักการใช้แขนและมือสองข้างประสานกันออกแรง แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง มีการฝึกการใช้มือ ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวมือและแขนทำกิจกรรมเดิมซ้ำๆอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญและมีการเคลื่อนไหวมือและที่ดีขึ้น เชื่อว่าการกระตุ้นร่างกายทั้งสองด้านจะช่วยให้ร่างกายข้างที่เป็นอัมพาตสามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ

ได้ ทั้งนี้เพราะเซลล์สมองที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรคสามารถเรียนรู้การทำกิจกรรมใหม่ได้ (Garrett & Bechtel, 1996) เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาใช้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ช่วยเหลือกิจวัตรตนเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และลดภาระของผู้ดูแลได้ (Passarella & Gee, 1998) ในส่วนของ Platz et al. (2005) ได้ศึกษาการฝึกทักษะการใช้มือและแขน โดยฝึกทักษะ 45 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์เป็นต้นไป และการศึกษาของ Woldag et al. (2003) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนโดยใช้เวลาฝึก 45-60 นาทีต่อครั้ง ฝึกวันละ 2 รอบ 5-6 วันต่อสัปดาห์ นาน 6 สัปดาห์ พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพของมือและแขนดีขึ้นทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ การวิจัยครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น พยายามฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูมือและแขนด้วยตนเองมากที่สุด สร้างแรงจูงใจและมีความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยได้มีการสร้างความต่อเนื่องยั่งยืนของกิจกรรมบำบัดเหล่านี้โดยการนำเสนอผลงานและส่งต่อข้อมูลรวมทั้งวิธีการดำเนินกิจกรรมแก่ทีมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ และศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ ซึ่งหัวหน้าศูนย์และทีมสหวิชาชีพได้ให้การการตอบรับ ยินดีบรรจุไว้ในแผนการพัฒนาคูณภาพการบริการและจะดำเนินต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะการอ่อนแรงของมือและแขน ทำให้มีสมรรถภาพทางกายลดลง เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การวิจัย

ครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation Behavioral Skills Model) ของ Fisher and Harman (2003) ประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูล เรื่อง โรคและหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง 2. การสร้างแรงจูงใจ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยมีทีมสุขภาพและผู้ดูแลเป็นหลักในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการกล่าวชมเชย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3. การพัฒนาทักษะ ในการฟื้นฟูมือและแขนโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟูตัวของ Bobath (1990) ผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพได้ฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยใช้มือและแขนสองข้างทำงานประสานกัน แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรง เป็นการเคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวา และแนวเฉียง เน้นฝึกทักษะการใช้มือฟื้นฟูสมรรถภาพซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิม เช่น วางกรวยซ้อนกันและการเสียบหมุด ฝึกหยิบจับวัตถุทรงต่างๆ และใช้อุปกรณ์ในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ซ้อน แก้วน้ำ ขวด หวี ไม้หนีบผ้า เป็นต้น อุปกรณ์ประยุกต์ขึ้นได้เอง ง่ายในชุมชน ราคาถูก โดยกลุ่มตัวอย่างยังคงกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพขาควบคู่ไปด้วยอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้เสริมแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการ เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่อ่อนแรงให้ทำหน้าที่ได้มากขึ้น ใกล้เคียงปกติ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อีกทั้งเมื่อมือและแขนมีความแข็งแรงเคลื่อนไหวได้ดีผู้สูงอายุสามารถใช้มือและแขนช่วยในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพขาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้

ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีกมีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุง ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและยังคงมีการนัดมาตรวจอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดที่ตมสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรงมากกว่าหรือเท่ากับเกรด 3 ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพัทลุงแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

ตัวแปรตาม คือ การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มากเรียกว่าโรคอัมพาต หรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกโรคอัมพฤกษ์

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการจำหน่ายให้กลับไปดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพมีอาการมือและแขนอ่อนแรง มีกำลังกล้ามเนื้อมือและแขน \geq เกรด 3 อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง

การทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ประกอบด้วย การดูแลรักษาส่วนบุคคล การอาบน้ำเช็ดตัว การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได การใช้ส้วก และการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ – อุจจาระ โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน หมายถึงกิจกรรมทางการพยาบาลตามขั้นตอนที่จัดให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสร้างขึ้นตามแนวคิดการให้

ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation Behavioral Skills Model) ของ Fisher and Harman (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของ Bobath (1990) ประกอบด้วย

การให้ข้อมูล หมายถึง การสอนให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง การเกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อน หลักการและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยเฉพาะการฟื้นฟูมือและแขนที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพสูงสุด มีการฟื้นฟูใกล้เคียงปกติ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ เน้นถึงการจำและการระลึกถึงข้อมูลที่ได้รับ เกิดการรับรู้ถึงอันตรายของการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการไม่ฝึกพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและใช้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจร่วมมือกับพยาบาลในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนสามารถดูแลตนเองได้ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

การสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การกระตุ้นหรือส่งเสริม สร้างเสริมแรงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการเชื่อมั่น มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาความบกพร่องของสุขภาพหรือภาวะเรื้อรังจากโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และพิจารณาเหตุผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล เกิดจากทัศนคติของแต่ละบุคคลต่อความร่วมมือในการรักษา การพยาบาลต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินจากความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูจากโรคและความเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้เห็นความสำคัญและสร้างความเชื่อมั่นมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมหรือฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขน ส่วนแรงจูงใจทางสังคม เกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคมที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน เพื่อสร้างความร่วมมือในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนด้วยตนเองที่บ้าน เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยมีทีมสุขภาพและผู้ดูแลเป็นหลักในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการกล่าวชมเชยและให้รางวัล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การฟื้นฟูมือและแขน หมายถึง การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติหรือฝึกฝนกิจกรรมต่างๆ ของการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายตามการวางแผนการดูแลสุขภาพ โดยการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนนั้นเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง ทั้งวิธีการ ขั้นตอน ซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฝึกทักษะ มีการปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ ด้วยการใช้สองมือประสานกันทำกิจกรรมเป็นการเพิ่มการรับรู้สึกของร่างกายข้างอัมพาต กระตุ้นให้เกิดเคลื่อนไหวที่มีเป้าหมายและลดอาการเกร็งของร่างกายท่อนบน ในระยะแรกของการฝึกทักษะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาจใช้แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรง ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวมือและแขนข้างอ่อนแรงได้ดีขึ้นจึงให้เคลื่อนไหวโดยพยายามออกแรงมือและแขนข้างที่อ่อนแรงมากขึ้น ตัวอย่างกิจกรรม เช่นการฝึกเสียบหมุดบนกระดาน การต่อกรวยพลาสติก เป็นต้น มีการประยุกต์วัสดุอุปกรณ์ได้เองที่บ้าน มีการฝึกการเคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ เช่น การจับมือตนเองประสานมือกันสองข้างยกแขนขึ้น-ลงในแนวตั้ง การเคลื่อนไหวในแนวระนาบ ซ้าย-ขวา และการเคลื่อนไหวแบบเฉียงข้ามลำตัว แนวเฉียง อุปกรณ์ประยุกต์ขึ้นได้เอง ง่ายในชุมชน ราคาถูก ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ ซึ่งการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรให้ผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองมากที่สุด โดยมีผู้ดูแลหลักและผู้วิจัยคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้าน ได้แก่ การประสานงานและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลพัทลุงกับหน่วยงานศูนย์แพทย์ชุมชน มีการจัดทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านโดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นแกนนำหลัก ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ตรวจวัดสัญญาณชีพ การฝึกการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายต่างๆไป ประคบร้อนส่วนที่อ่อนแรง การมาตรวจตามแพทย์นัด และรับยาต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation Behavioral Skills Model) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
5. โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease , CVD) หรือโรคอัมพาต ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วน หรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต (WHO, 2012)

National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS] (2007) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

โรคหลอดเลือดสมอง cerebrovascular disease (CVD) หรือ stroke เกิดจากการหยุดการทำงานของสมองอย่างฉับพลันโดยมีสาเหตุจากการรบกวนหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เกิดจากการขาดเลือดเฉพาะที่ของสมอง (ischemia) มีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดมีลิ่มเลือด (thrombosis) หรือภาวะมีสิ่งแปลกปลอมหลุดอุดตันหลอดเลือด (embolism) และอาจเกิดจากการมีเลือดออก (hemorrhage) ในสมอง ส่งผลทำให้มีอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ไม่สามารถยับแขนขาส่วนใดส่วนหนึ่งหรือซีกใดซีกหนึ่งได้ มีการรับรู้บกพร่อง ไม่เข้าใจภาษา พูดได้ไม่ได้ เป็นต้น ทั้งนี้ถ้ามีความ

รุนแรงของโรคมามากขึ้นจนให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติอย่างถาวรได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2546)

1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดอุดตัน (ischemic stroke หรือ occlusive CVD) เกิดจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเพียง ส่วนใหญ่แล้วเป็นผลจากการตีบตันของหลอดเลือด พบได้ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Hickey & Hock, 2003) สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 ชนิดคือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบตัน (cerebral thrombosis) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองอุดตัน (cerebral embolism) การมี atherosclerotic plaque จะทำให้มี platelet และ fibrin มาเกาะที่ผิวของ plaque เป็นผลทำให้เกิดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด ผู้ป่วยก็จะมีอาการเนื่องจากสมองขาดเลือด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตก (hemorrhagic stroke) เกิดเนื่องจากมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาจแบ่งเป็น Intracerebral hemorrhage คือมีเลือดออกในเนื้อสมอง และ Subarachnoid hemorrhage คือการมีเลือดออกใน subarachnoid space ส่วนใหญ่มักเกิดจากการมี aneurysm อาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการแตกของหลอดเลือดสมองทำให้มีเลือดออกมาคั่งและทำลายเนื้อสมอง ในบริเวณนั้นมีการกดเบียดเนื้อสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ (สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2546)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ชนิดหลัก คือชนิดหลอดเลือดตีบหรือแตก เมื่อเกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเกิดอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ โดยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมเกิดจากสาเหตุหรือจากการมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

1.3.1 อายุและเพศ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีอุบัติการณ์เกิดสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี พบอัตราการเกิดโรคสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากตามกระบวนการสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของหลอดเลือด เกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวาน อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปีที่เพิ่มขึ้น และ เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 30 ส่วนอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกเลือดออก เช่น Subarachnoid hemorrhage พบได้มากในเพศหญิงเชื่อว่าอาจเป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงที่ลดลงในวัยสูงอายุ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.3.2 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและแตก (Smith, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 มีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 6 เท่า (นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองที่มีการหนาและแข็งมากขึ้น (Broderick et al., 1999) ส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดตีบ ตันและแตกได้ เชื่อว่าความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง (atherosclerosis) ได้

1.3.3 โรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 6 เท่า และผู้ป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก (rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมี AF ร่วมด้วย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย และการเป็นโรคหัวใจส่งเสริมการเกิดลิ่มเลือดหลุดลอย การเกาะรวมตัวกันของเกร็ดเลือด เกิด emboli หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้ (จารึก ธาณีรัตน์, 2545)

1.3.4 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในด้านเพศและอายุ กลไกของเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการตีบตันและขาดเลือดไปเลี้ยง คือ กลไกการหนาและแข็งของผนังหลอดเลือด (atherosclerosis)

1.3.5 โคลเลสเตอรอลและไขมันในเลือดสูง ความผิดปกติของไขมันในหลอดเลือด เช่น HDL, LDL ในเลือดต่ำจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ

1.3.6 ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ ความอ้วนและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยทางอ้อมกับภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจอย่างมาก จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Frizzell, 2005)

สรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของการโรคหลอดเลือดสมองเหล่านั้นเกิดจากตัวบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยเสื่อมถอย อีกทั้งยังมีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมด้วย ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายกว่าวัยอื่นและเข้าสู่ระยะการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสิ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยต้นหรือปัจจัยเสริมที่ทำให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความยุ่งยากซับซ้อนของการรักษา หรือการดูแลที่ต้องทุ่มเทเอาใจมากขึ้น

1.4 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (Watson & Quinn, 1998) ดังต่อไปนี้

1.4.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) คือ ระยะเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ส่วนมากระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอัมพาตทันที กล้ามเนื้อแขนขาอาจจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกตัวหรือหรือไม่ รู้สึกตัวร่วมด้วย ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญที่พบคือผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจผิดปกติ

1.4.2 ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-Acute Phase) คือ ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยลงมีระดับ Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ในระยะนี้มักมีปัญหาในเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด หรืออาจเกิดภาวะปอดอักเสบ (Phipps, 1991)

1.4.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Phase) คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่และมีความสามารถในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้กลับบ้าน คือระยะ 3 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วย เป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง คือ ระยะที่ผ่านพ้นระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพแล้ว (Astrom, Asplund & Astrom, 1992) การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบว่าหลังการเกิดโรค 1 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 10 จะกลับฟื้นตัวได้เป็นปกติ อีกร้อยละ 10 พบว่ามีความพิการเกิดมากขึ้นจนไม่สามารถให้การฟื้นฟูได้ นอกจากนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยพบได้ดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคประมาณร้อยละ 45 สำหรับผู้ป่วยที่มี Severe Disabled จะพบว่า การฟื้นตัวจะเริ่มดีขึ้นภายใน 6-12 เดือนแรก ประมาณร้อยละ 60 และประมาณร้อยละ 20 ผู้ป่วยยังคงนอนรักษาอยู่ในเตียงภายหลังการเจ็บป่วย 1 ปี ซึ่งปัจจัยที่กำหนดการฟื้นตัวของผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรค รอยโรค มีอาการของโรคอย่างอื่นร่วมด้วยเช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจ เป็นต้น

ระยะของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการบ่งบอกการดำเนินของโรคหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วยและใช้เพื่อประกอบแนวทางการรักษาและการบำบัดฟื้นฟูในแต่ละระยะของโรค เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังจึงเป็นการรักษาและดูแลอาการต่างๆแบบต่อเนื่องในระยะยาว

1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการสำคัญที่ควรคำนึงถึง ได้แก่

1.5.1 อาการเตือน ซึ่งมักพบในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีหลอดเลือดเส้นใหญ่ๆ ตีบ อาการที่พบ เช่นการมีตามัวหรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะการเป็นข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก ไม่ชัด พูดไม่ได้ มีสับสน วิงเวียน ปวดศีรษะ แขนขารู้สึกชาหรืออัมพาตชั่วคราว โดยอาการเหล่านี้มักเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไปได้

1.5.2 อาการแสดงทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ ความผิดปกติของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและ

อาการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น สำหรับอาการของหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกอาจมีอาการแตกต่างกันบ้าง โดยหลอดเลือดสมองอุดตันมักเกิดกรณีนอนหลับจาก Thrombosis อาการค่อยๆเป็นไปหรือค่อยๆ เลวลง จนถึงระดับสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง อาการมักดีขึ้นใน 12- 24 ชั่วโมงหรือบางรายอาจหายช้าใช้เวลาหลายปี กรณีหลอดเลือดอุดตันจาก Emboli มักเกิดขณะมีกิจกรรม มีการเคลื่อนไหว เช่นเดียวกับหลอดเลือดสมองแตก อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีอาการนำมาก่อน โดยอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่มีพยาธิสภาพ โดยอาจเป็นซีกเดียวหรือทั้งสองข้าง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวา การพูดและภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างขวาหรือบางคนพูดไม่ได้ แต่รับฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟังและการพูด ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การกระพริบ ติศทางและตำแหน่ง เป็นต้น

ดังนั้นอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ แต่ละบุคคลจะมีอาการเกิดขึ้นไม่เหมือนกัน เมื่อเกิดโรคขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม หรือครอบครัว

1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ดังนี้

1.6.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าและส่วนบน และสมองน้อย การส่งกระแสประสาทส่วนบนเสียไป ทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออกอานาจจิตใจเสียไป ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของแขนขาตรงข้าม เรียกว่าอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) มีความบกพร่องในการสื่อสาร พูดไม่ชัดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง บกพร่องในการรับรู้ สื่อความหมาย ไม่เข้าใจภาษา การเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา มีการสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ หรือความสนใจไม่ต่อเนื่อง เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่างๆของร่างกาย การรับสัมผัสผิดปกติ การรับรู้วันเวลา บุคคล สถานที่ผิดปกติไป ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย การรับรู้สมดุลร่างกายผิดปกติไป (จอม สุวรรณโณ, 2540; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากการมีความบกพร่องหรือความพิการที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม เมื่อมีการสูญเสียความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองและภาพลักษณ์ที่เสียไป ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีความท้อแท้ ซึมเศร้า ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ อาจส่งผลต่อการไม่ใส่ใจดูแลตนเอง ละเลยกิจกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ไม่สนใจทำกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

1.6.3 ผลกระทบด้านสังคม โรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับการสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยเหล่านั้นจึงมีสัมพันธภาพหรือการติดต่อกับสังคมลดลง จนบางครั้งอาจเกิดการแยกตัวทางสังคมขึ้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีการลดบทบาทหรือหน้าที่ทางสังคมลง เปลี่ยนแปลงตำแหน่งงานจึงทำให้มีสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นลดลง (Robinson & Mohoney, 1995)

1.6.4 ผลกระทบด้านครอบครัว พบว่ามีความเห็นห่างหรือเสื่อมลงระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว สาเหตุเกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น ชักหงุดหงิด โมโหง่าย เมื่อญาติพูดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ถูกใจตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยกับใคร หรือแม้แต่ไม่ต้องการได้รับการดูแลจากญาติของตน

1.6.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากความพิการที่หลงเหลือหลังการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองกล่าวโดยสรุปคือเป็นสิ่งที่กระทบหรือส่งผลต่อการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยเองและครอบครัว ที่สำคัญคือ การเกิดข้อจำกัดทางกายซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นในระยะเวลายาวนาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุกับกระบวนการชรา

การสูงวัยเป็นกระบวนการชรา (aging process) หรือกระบวนการแก่หมายถึง กระบวนการทางพันธุกรรมมีภาวะที่เซลล์ของสิ่งมีชีวิตมีความเสื่อมลงทำให้อวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมตามไปด้วย ความแก่หรือกระบวนการชราคือการมีอายุมากและความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลนั้นร่วมด้วย ได้แก่ สมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพทางจิตใจ การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม รูปลักษณะภายนอก มีกลไกของความชรา (Mechanism of Aging) ออกเป็น 2 กลุ่มหลักๆ ด้วยกันดังนี้

- การสังสมความเสียหายในระดับเซลล์ที่เกิดขึ้นกระจายทั่วทั้งร่างกาย (Microaccidents) มีการสังสมความเสียหายในระดับเซลล์ที่เกิดขึ้นกระจายทั่วร่างกาย ซึ่งรวมไปถึงสภาวะที่ไปทำลายโครงสร้างสำคัญของร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น อนุมูลอิสระ ของเสียที่เกิดจากการทำงานของเซลล์ และเป็นตัวสำคัญในการทำลาย DNA และโปรตีน มีการทำลายยีน ความเปลี่ยนแปลงพวกนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาในเซลล์ของเราส่วนใหญ่จะไม่มีผลเสียหายต่อร่างกายมากนัก เพราะตามธรรมชาติของ

ร่างกายเราจะมีกระบวนการเข้าไปแก้ไข ซ่อมแซม แต่เมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการซ่อมแซมต่างๆมักลดลง เซลล์ที่เสื่อมลงทำให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ ได้ เช่น มีการอ่อนเพลีย อ่อนแรงลง เป็นต้น

- ความชราภาพที่ถูกระบุโปรแกรมไว้ในระดับพันธุกรรม ซึ่งก็คือ นาฬิกาขงชีวิต (Aging clocks)

ปัจจัยของกระบวนการชรา (กฤษดา ศิรามพุช, 2549) ได้แก่

- โปรแกรมโดยธรรมชาติที่กำหนดให้เซลล์ต่างๆ เกิดขึ้น ตายไปและถูกแทนที่โดยเซลล์ที่สร้างขึ้นใหม่ เซลล์แต่ละตัวจะมีนาฬิกาชีวิตของมันเองที่จะบอกถึงช่วงอายุ พฤติกรรมของเซลล์และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรวมถึงคุณภาพและปริมาณของการสร้างฮอร์โมน เอนไซม์ หรือสารเคมีที่ผลิตโดยเซลล์นั้นๆ
- ชีวิตเคมีของเซลล์ ขณะที่พฤติกรรมของเซลล์เปลี่ยนแปลงตามอายุก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของเซลล์ตลอดทั่วร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นการเผาผลาญช้าลง ไขมันถูกเก็บไว้เป็นส่วนเกินมากขึ้น พวกกล้ามเนื้อจะมีการเสื่อมสลายตัวเร็วขึ้น ในขณะที่การสร้างเสริมการทดแทน การได้ย่อยอาหารให้ได้สารอาหารลดลง อวัยวะในการทำลายสารพิษลดลง เซลล์ในสมองเหี่ยวลงและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง
- อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของร่างกายได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น การโดนรังสี มลพิษทางเสียง หมอกควัน ควันพิษ สารพิษจากโรงงาน เชื้อโรคจากสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเร่งหรือลด “โปรแกรม” กระบวนการชรา
- พันธุกรรม มีส่วนเพิ่มลดในกระบวนการชราหรือมีผลต่อการเกิดโรคบางอย่าง การเกิดโรคทำให้ร่างกายแก่ลง เสื่อมลงได้
- การดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน เช่น ชั่วโมงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ความเครียดที่เผชิญ การรับประทานอาหารมากเกินไปหรือน้อยไป การออกกำลังกายที่หนักเกินไปขาดการบำรุงร่างกาย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อกระบวนการชรา

ความเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยสูงอายุ (ภครินทร์ ภคภิรมณ์, 2550)

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่แล้วสังคมจะเรียกว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ หรือคนแก่ ผู้ที่อยู่ในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสภาพทางสังคมอย่างเห็นได้ชัดเจน เกิดจาก

การมีความเสื่อมลงของร่างกายตามธรรมชาติ ตามวัย หรือจากกระบวนการของร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องยอมรับ ดังนี้ คือ

- ความรู้สึกละอายใจอาจเกิดการสูญเสียในหลายๆอย่าง เช่น การจากไปก่อนของคู่ชีวิต การเสื่อมลงของร่างกาย การสูญเสียสิ่งที่เคยมีในอดีต (ตำแหน่งทางสังคม หน้าที่การงาน รายได้) ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตต่อมาด้วย
- มีการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ระบบสายตาที่ยาวขึ้น มักมองใกล้ๆไม่เห็น มีการสวมแว่นตา มักเป็นต่อกระจก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ความรู้สึกต่างๆการตอบสนองจะช้าลง การเดิน ยืน นั่ง นอน มีการเปลี่ยนแปลงของระบบเสียงและการได้ยินที่ลดลง โครลกระดูกและข้อต่อเปลี่ยนไปปวดตามข้อมากขึ้น กระดูกพรุน ระบบย่อยอาหารทำงานลดลง ย่อยยากการขับถ่ายจึงผิดปกติไปด้วย หูดกระเพราะปัสสาวะหย่อนอ่อนแรงลงกลั้นได้ยากขึ้น เป็นต้น
- การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย มักเรียกร้องความสนใจจากลูกหลาน มีอารมณ์เสีย น้อยใจ โกรธง่าย วิตกกังวลใจ ความเครียดและสิ้นหวังหรือซึมเศร้าได้ง่าย มักมีการย้อนนึกถึงอดีต มักต้องการเพื่อน

เมื่อกระบวนการชราหรือความแก่เป็นไปตามช่วงชีวิต ช่วงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงความแก่ได้ เพียงแค่อาจจะชะลอความแก่ได้บ้าง แต่ในท้ายที่สุดแล้วทุกคนก็อายุยืนต้องพบกับความแก่ ดังนั้นควรมีการเตรียมตัวพร้อมการการเข้าสู่วัยชรา เป็นคนแก่ที่คุณภาพ ยอมรับความชราให้ได้ เตรียมพร้อมยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การมีโรคต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่กระทบต่อการดำรงชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2.1 ความหมายของการทำกิจวัตรประจำวัน

การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living: ADL) ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Barthel & Mahoney (1965) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน หวีผม และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น และ Barthel & Mahoney เป็นผู้คิดค้น Barthel ADL Index ที่มีการนำมาใช้เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

Hickey (2003) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวันและเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้สุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ เป็นต้น

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ให้ความหมายว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดินขึ้นบันได และการกลั้นปัสสาวะ-ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ ความสามารถในการประกอบอาหาร จ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่นรถประจำทาง ห้องน้ำสาธารณะ เป็นต้น

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2550) ได้ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

โดยสรุปการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลเอื้ออำนวย เพื่อดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีปกติสุข

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

2.2.1 อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากมักมีการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และผู้ที่อายุมากกว่ามักมีโรคประจำตัวหลายโรครวมด้วย จึงส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายลดลงจากโรคเหล่านั้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันการช่วยเหลือตนเองลดลง

2.2.2 เพศ เพศชายเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (AHA, 2007) เมื่อโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายย่อมมีโอกาสลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลงตามไปด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะโรคและอาการ ความรุนแรงของโรคร่วมด้วย

2.2.3 ความรุนแรงของโรค กล่าวคือระดับความรุนแรงของโรคที่มากกว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ สติสัมปชัญญะและมีอาการอ่อนแรง รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า ต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ลักษณะอาการทางคลินิกและระดับความ

รุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (Black & Matassarini-Jacoba, 1993)

2.2.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท พบว่าการเจ็บป่วยมีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็นการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นคืนสภาพ เนื่องจากในช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรง มีปัญหาการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือกิจวัตรด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และระยะเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี นั้นเป็นระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หากได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนที่สูญเสียไปอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีการฟื้นหายกลับมาใกล้เคียงปกติ ระยะเวลาที่จะมีโอกาสฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วที่สุดคือ ภายในช่วง 6 เดือนนับจากวันที่เกิดอาการป่วย แต่เมื่อพ้นระยะเวลา 1 ปีไปแล้ว การฟื้นฟูก็จะเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่าหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกของโรคหลังจากพ้นช่วงวิกฤติจะให้ผลดีของการฟื้นคืนสภาพที่ดีกว่า ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ อีกทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกยังช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพได้

2.2.5 ความบกพร่องของระบบประสาทอื่นๆร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากมีความบกพร่องของการรับรู้มักมีการละเลยร่างกายบางส่วนหรือครึ่งซีก มีสมองเสื่อม เกิดปัญหาในการสื่อสาร มีภาวะซึมเศร้า หรือผู้ป่วยอาจละเลยไม่สนใจ แยกตัวที่จะมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสังคม สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นปัจจัยส่งเสริมในการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันตนเองลดลง

2.2.6 โรคประจำตัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังและมักมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพราะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกฝนออกกำลังกายได้เต็มที่ ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงได้

2.2.7 การดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว แบ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายหรือกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลรองคือบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล (Horowitz, 1995) ดังนั้นการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนในการดูแล มีพฤติกรรมการดูแลที่ดี ส่งผลคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยในการพิจารณาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ-รายได้ เวลา-ความสะดวก โรคประจำตัวและการมีแรงจูงใจในการดูแล (Oberst, 1991)

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นเรื้อรังเช่นกัน บทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแล (family care giver) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) หมายถึงการให้

ความช่วยเหลือของผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเองมากกว่าการดูแลทั่วไป อาจช่วยเหลือในสถานะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการจำหน่ายกลับบ้านในระยะฟื้นฟูสภาพในขณะที่ผู้สูงอายุเหล่านั้นยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงมีความจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลใกล้ชิดมากกว่าปกติ โดยใช้ศักยภาพของครอบครัวที่มีอยู่และความสัมพันธ์อันดีของครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

- หน้าที่ในด้านความรักและเอาใจใส่
- หน้าที่คอยช่วยเหลือกิจวัตร เลี้ยงดู
- หน้าที่ร่วมเผชิญปัญหาและจัดการปัญหา
- หน้าที่จัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจมาเกื้อหนุน
- หน้าที่ในการหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพ

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การดูแลการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือและส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนผลกระทบ การช่วยเหลือในการฝึกฝนทักษะการออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด การไปตรวจตามนัด เป็นต้น

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความบกพร่องของระบบประสาทอื่นๆร่วมด้วย โรคประจำตัว การดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมากต่อการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนที่สูญเสียไปหลังการเกิดโรค

2.3 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการวัดความสามารถทางกายในการทำงานของร่างกายเพื่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ดังนี้

The Katz Index of ADL เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรมของบุคคล เครื่องมือประเมิน 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว ใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะเป็นแบบวัดที่ให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2

ลักษณะ คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Katz & Stroud, 1989)

The Barthel ADL Index สร้างโดย Barthel & Mahoney (1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและประสิทธิภาพด้านการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมหลังจากได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน (Neal, 1998) ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย พัฒนาและทดลองนำไปใช้โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2544) ใช้เพื่อประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เหมาะสมกับการใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง มีการแปลผลคะแนนดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- 9-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
- 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ตัวอย่างงานวิจัยที่พิจารณาใช้ The Barthel ADL Index ประกอบการทำวิจัย คือการศึกษาของ สุวารี เทพดาราและคณะ (2544) ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบประเมิน Barthel Index โดยค่าเฉลี่ย BI ก่อนถูกจำหน่ายเท่ากับ 4.8 และค่าเฉลี่ย BI เมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาภายหลังถูกจำหน่าย 3 เดือนเท่ากับ 12.2 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 63.3 สามารถช่วยเหลือกิจวัตรของตนเองได้หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการศึกษาของนันทนา แก้วเฉย (2552) ศึกษาผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน ฝึกกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมที่ฝึกมือได้แก่ การบีบฟองน้ำ การต่อโดมิโน การตักมัทกะโรนี จับที่คิปลเล็ก การฝึกหนีบไม้หนีบผ้า การฉีกกระดาษ เป็นต้น ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index และมีแบบวัดคะแนนความหวัง (Herth Hope Index) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีมีค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือและคะแนนความหวังเพิ่มขึ้น

The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) พัฒนาขึ้นโดย Lawton & Brody (1969) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มี 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมเกี่ยวกับการทำงานบ้าน การเดินทาง การซักผ้า การทานยา และการจัดการการเงิน เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง

แต่มีข้อจำกัดในด้านคะแนนสำหรับเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งคะแนนส่วนทำอาหาร ซักผ้า งานบ้านจะไม่มีในเพศชาย

Mixed Scales FIM-Score (Functional Independence Measure-score) ปี 1983 คณะแพทยศาสตร์ฟีนฟูของสหรัฐอเมริกา ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-score มาใช้ โดยแบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน คือ Self-care, Sphincter-control, Mobility, Locomotion, Communication, Social Cognition แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ (2542) ได้มีการพัฒนาและนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ สถาบันประสาทวิทยา (2543) มีรายงานค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี ต่อมา นิมนวล ชูยิ่งสกุลทรัพย์ (2549) ได้นำมาใช้ในการศึกษาผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ .96

แบบประเมินที่ผู้สังเกตใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางกายทั่วไป (The PULSES profile: Physical condition, Upper limbs (self-care), Lower limb (mobility), Sensory component, Excretory function and Support factor) พัฒนาโดย Granger et al. (1979) แบบประเมินที่ผู้สังเกตใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางกายทั่วไปที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนสูงหมายถึงการรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างรุนแรง เครื่องมือนี้มักนิยมใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นหรือกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอาการใกล้ชิดเกี่ยวกับการมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

แบบวัดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Perception of Functional Ability Scale: PEAS) สร้างโดย Nakagawa-Kogan (1996) เป็นเครื่องมือรับการรับรู้ความสามารถด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มี 23 ข้อคำถาม จัดเป็น 5 หมวด ได้แก่กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ โดยใช้แบบวัดแบบ Visual analog scale เป็นเส้นตรงแนวนอน 10 ซม. บนเส้นตรงจะกำหนดความมั่นใจของความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจเลย ค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงการมีความมั่นใจสูงสุด 100 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์คอนบราค ค่าอยู่ระหว่าง .68 ถึง .93 โดยอัจฉรา สุคนธสรณ์ ที่มีการปรับปรุง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Sukonthasan, 1996)

Chula ADL Index เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับการดำรงชีวิตในสังคมอย่างเป็นอิสระสำหรับผู้สูงอายุไทย พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2542) เป็นแบบประเมินประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน มีค่าคะแนนเต็ม 3 คะแนน
 การทำหรือการเตรียมอาหาร หรือหุงข้าว มีค่าคะแนนเต็ม 2 คะแนน
 การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า มีค่าคะแนนเต็ม 1 คะแนน
 การทอนเงินหรือการแลกเงิน มีค่าคะแนนเต็ม 1 คะแนน
 และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว มีค่าคะแนนเต็ม 2 คะแนน
 เป็นการถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ มีคะแนนเต็มรวมเท่ากับ 9 คะแนน
 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำไม่ได้ให้ 0 คะแนน มีคนคอยดูแลหรือระวางเวลาปฏิบัติกิจให้ 1 หรือ 2
 คะแนน สามารถปฏิบัติได้เป็นอิสระให้คะแนนเต็ม (คือ 1-3 คะแนน) การแปลผลสามารถแบ่ง
 ความสามารถในการทำกิจวัตรได้เป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ

คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูง

ตัวอย่างงานวิจัยซึ่งได้นำ Chula ADL Index มาใช้ประกอบการเก็บข้อมูลวิจัย เช่น
 การศึกษาของนรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ (2556) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตัวเองต่อการปฏิบัติ
 กิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่อาศัยในชุมชน มีการทำ
 กิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน
 Chula ADL Index พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ
 คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นที่ระดับ .05

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาเทล
 (Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2544) เพื่อนำมาประเมินและวัด
 ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง ในการร่วม
 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบระหว่าง
 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Rehabilitation) เป็นสิ่งสำคัญที่
 ช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้
 พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่
 ดี โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับปัญหาที่ผู้ป่วยมีและระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละ
 ราย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรม
 หรือการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานได้เพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ
 สังคม สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวย เมื่อผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความ

ชำนาญนั้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความก้าวหน้าของโรคที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

2.5 การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งสำคัญก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย คือควรประเมินให้ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพ ลักษณะอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และโรคประจำตัวอื่นๆ รวมทั้งสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การประเมินอาจกระทำโดยทีมสุขภาพหรือมีการแบ่งหน้าที่กันตามกลุ่มงาน จากนั้นก็ประสานงานและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยเหล่านั้น

2.6 กลไกการฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Recovery of Stroke) ของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ขนาดตำแหน่ง และความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ถึง 80-90% ภายในระยะเวลา 1-2 เดือนในขณะที่บางรายต้องใช้เวลามากกว่า 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง โดยกลไกการฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

2.6.1 การฟื้นตัวเนื่องจาก natural spontaneous neurological recovery เกิดจากการพยาธิสภาพของสมองดีขึ้น เซลล์ประสาทมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้นเป็นการฟื้นตัวของสมองตามธรรมชาติ แต่ในผู้สูงอายุการฟื้นตัวของระบบประสาทที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้ช้ามาก

2.6.2 การฟื้นตัวจากขบวนการ neural plasticity เกิดจากเซลล์ประสาทสมองเกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสามารถช่วยกระตุ้นให้ modification ของ neuronal network เกิดได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การฟื้นตัวจากขบวนการ neural plasticity คือการฟื้นตัวจากการที่สมองได้รับการกระตุ้น เกิดการเรียนรู้จนเซลล์ประสาทสมองส่วนดีมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้น โดยการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมบำบัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่างๆของร่างกายที่มีพยาธิสภาพหรือการกระตุ้นการการรับรู้สัมผัสทั้ง 6 เป็นต้น มีการงอกปลายประสาทเพื่อสร้างจุดเชื่อมโยงขึ้นใหม่ไปจนถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของโครงข่ายระบบประสาทเดิมที่มีอยู่แล้ว (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) เมื่อการกระตุ้นโดยเกิดการทำกิจกรรมเกิดขึ้นเพื่อให้สมองทำงานด้วยการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นหาย มีการคืนสภาพของเนื้อสมองมากขึ้น ผู้ป่วยจึงฟื้นตัวและมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น

2.6.3 การฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการ (Recovery of motor Function) ระบบประสาทสั่งการเป็นระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวโดยรวมของร่างกาย โดยการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อคลายหดตัวและเกิดการเคลื่อนไหวขึ้น ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายภายใต้อำนาจจิตใจและนอกอำนาจจิตใจ การทำงานจะต้องอาศัยสมองหลายบริเวณเพื่อควบคุมและประมวลผลให้เกิดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการเป็นแบบแผนที่คล้ายๆกัน คือ แขนจะมี Flexor synergy ส่วนขาจะมีลักษณะของ extensor synergy เพราะผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดบริเวณหลอดเลือด middle cerebral มักจะพบว่าการฟื้นตัวของขาเร็วและดีกว่าการฟื้นตัวของแขนและมือ กล้ามเนื้อส่วนต้นจะมีการฟื้นตัวก่อนส่วนปลาย การฟื้นตัวของสมองส่วนมากมักเกิดจากการกระตุ้นโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือนแรกหลังเกิดโรค ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีด้านประสาทสั่งการในส่วนของแขนและมือ เช่น การมีแขนอ่อนปวกเปียก ใน 3 สัปดาห์แรก ไม่สามารถขยับแขนและมือได้ เป็นต้น กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพโดยหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นตัวของโบบาธ (Bobath Concept) ที่เชื่อว่าการกระตุ้นร่างกายของผู้ป่วยทั้งสองด้านจะช่วยให้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง อัมพาตสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆได้ ทั้งนี้เพราะเซลล์สมองที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรค สามารถเรียนรู้การทำกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ (Garrett & Bechtel, 1996) และระบบประสาทส่วนกลางมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของมันเองได้ ซึ่งระบบประสาทส่วนกลาง (The Central Nervous System) เป็นศูนย์กลางควบคุมการทำงานของร่างกาย ซึ่งทำงานพร้อมกันทั้งในด้านกลไกและทางเคมีภายใต้อำนาจจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยสมองและไขสันหลัง โดยเส้นประสาทหลายล้านเส้นจากทั่วร่างกายจะส่งข้อมูลในรูปกระแสประสาทออกจากบริเวณศูนย์กลางไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย โดยระบบประสาทส่วนกลางที่ส่งผลต่อภาวะ Post-Stroke ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพที่สมอง (ทศพร บรรรมย์มาก, 2551) ได้แก่

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย โดยสมองซีกซ้ายควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูด ใช้ภาษา การวิเคราะห์และให้เหตุผล (เอื้อมพร สกกุลแก้ว, 2551) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงซีกขวา บางคนพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง หรืออาจฟังและพูดไม่ได้เลย

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา ซึ่งสมองซีกขวาควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การแสดงความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการ การจัดการข้อมูลอย่างเป็นภาพรวม การกระชงและตำแหน่งวัตถุ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ไม่ดี

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อยหรือสมองส่วนหลัง (cerebellum) การทรงตัวจะไม่ดี มีเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง เนื่องจากก้านสมองเป็นทางผ่านของกระแสประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย และควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการอ่อนแรงของแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการและอาการแสดงต่างๆ จากการเกิดพยาธิสภาพของสมอง ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่ประกอบด้วยสมอง ไขสันหลังและเซลล์ประสาท (เซลล์ประสาทรับความรู้สึก, ประสานงานและ สั่งการ) เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมองหรือเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้การส่งกระแสประสาทช้าลง เนื่องจากการรับคำสั่งจากระบบประสาทส่วนกลางได้ไม่ดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการรับความรู้สึก (พิคคิตี ซินซัย และคณะ, 2556) ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

2.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นตัว (Rehabilitation in Recovery Phase)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะฟื้นตัวมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และฝึกฝนทักษะต่างๆ บางรายอาจมีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อการฟื้นฟูที่มีความต่อเนื่อง โดยมีการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ จากนั้นจึงส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะต่างๆ อย่างเนื่องเองที่บ้าน ฝึกและปฏิบัติกิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูต่างๆ โดยตัวผู้ป่วยเอง มีญาติหรือผู้ดูแลหลัก ครอบครัว พยาบาลที่รับผิดชอบหรือทีมสุขภาพคอยดูแลอย่างใกล้ชิด มีการประเมินและติดตามความก้าวหน้าของโรคและการฟื้นฟูต่างๆ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการลงเยี่ยมบ้าน ให้ข้อมูล ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการช่วยเหลือดูแลกันและกัน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูระยะยาว มีการวางแผนการดูแลในระยะยาวต่อไป

3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย ส่งผลต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดี มีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาที่พบบ่อย คือ การมีอัมพาตครึ่งซีกมือและแขน ขาอ่อนแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทในการดูแล ให้การพยาบาลผู้ป่วยช่วยเหลือให้เกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป้าหมายหลักคือพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีความสามารถในการดูแลและการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีปกติสุข โดยพยาบาลต้องค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการและความสามารถในการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ให้ความรู้ ข้อมูล เพื่อให้เกิด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะและการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม เมื่อมีการส่งผู้ป่วยเพื่อไปดูแลต่อที่บ้านมักเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู สภาพระยะหลัง ดังนั้นควรเน้นการพยาบาลหรือการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัด การช่วยเหลือกิจวัตร การดูแลด้านจิต สังคม และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่ง พยาบาลควรตระหนักว่าผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีที่สุด คือสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความรุนแรงของโรคที่มากกว่า มีความเสี่ยงจากกระบวนการชรา และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวที่หลายโรคล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความบกพร่อง สมรรถนะทางกายและเป็นอุปสรรคในความต้องการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับจากโรงพยาบาล ไปอยู่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน ประกอบด้วย ดังนี้

การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร ต้อง ช่วยเหลือป้อนอาหารและน้ำ เฝ้าระวังเรื่องการสำลักจากการกลืนลำบาก บางรายอาจต้องให้อาหาร ทางสายยางในระยะแรกหรือโดยถาวร

การขยับย้ายปัสสาวะ-อุจจาระ เช่นการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย ต้องการการ ช่วยเหลือขณะขับถ่าย การเฝ้าระวังการพลัดตก หกล้ม การกลืนล้ม ควรจัดวางสิ่งของ จัดสิ่งแวดล้อม ในห้องน้ำให้สะดวกต่อการใช้งานมากที่สุด

การดูแลสุขอนามัย ควรสนับสนุนผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองมากที่สุดในการดูแล สุขอนามัยของตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ถือเป็นการฝึกกล้ามเนื้อในการ หยิบจับไปด้วย มีการช่วยเหลือเช็ดตัวในส่วนที่ผู้ป่วยเองเช็ดไม่ถึง เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด

การแต่งกาย ควรเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ใส่และถอดได้ง่าย สะดวก หลวมๆ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยพยายามผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า หวีผม และทาแป้งด้วยตนเอง หากมีแขนอ่อนแรงการสวมเสื้อให้ใส่ ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี ส่วนการถอดเสื้อให้ถอดข้างที่ดีก่อน

การนอนหลับ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีแบบแผนการนอนหลับ เปลี่ยนไป ควรมีการช่วยในการจัดเตรียมที่นอน จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวน การนอนหลับ เช่นแสงสว่างเกินไปและกลิ่นเหม็น ที่สำคัญผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วง

กลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตื่นในตอนกลางวันและสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน (เจียมจิต, 2541)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับไปที่บ้าน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุดคงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคม (Reinhard, 1994) เช่น การบริหารกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ การฝึกการรับรู้สัมผัส การสื่อสารที่อาจมีการเข้าใจภาษาที่เลวลง ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจ รับฟังและไม่ควรคาดหวังคำตอบ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดซ้ำๆ ชัดถ้อยชัดคำ เป็นคำสั้นๆ การสนทนาไม่ควรยาวเกินไป ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้นชัดเจน ส่งผลกระทบทางจิตใจอย่างมากแก่ผู้ป่วยเองและครอบครัว ในระยะแรกอาจเกิดความเครียด (Hafstiensdottir & Grypdonck, 1997) และจากการศึกษาของ Han & Haley (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะ 3 เดือนหลังเกิดโรคมักมีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องยอมรับ พยายามเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองมากที่สุด สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ใกล้ตัวที่มีอยู่ที่บ้าน หรือหาจ่ายเพื่อฝึกการทำกิจกรรมต่างๆ และให้กำลังใจ มีการสนับสนุนกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เพลิดเพลินใจ หรือหากิจกรรมอื่นๆที่ผู้ป่วยสนใจและไม่ขัดต่อข้อจำกัดของร่างกาย เช่น การเดินเล่น พบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่างๆ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง

การดูแลซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้านนั้น เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องและได้รับการดูแลครอบคลุมในด้าน การประกอบกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรักษาพยาบาล โดยให้ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้แก่

การตรวจประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาความบกพร่องทางกาย อารมณ์ สังคมที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมรอบข้าง และตรวจสอบ

ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องอาศัยความต่อเนื่อง

การตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) (สมาคมเวชกรรมฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2556) ดังนี้

เกรด/ระดับ 0 = กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต/แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

เกรด/ระดับ 1 = กล้ามเนื้อไม่มีแรงหดตัวแต่โยกกล้ามเนื้อหดตัวได้ /มีการเคลื่อนไหวปลายนิ้วมือ-เท้าได้เล็กน้อย

เกรด/ระดับ 2 = กล้ามเนื้อมีแรงที่จะเคลื่อนไหวแนวราบกับพื้น

เกรด/ระดับ 3 = แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้

เกรด/ระดับ 4 = แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ

เกรด/ระดับ 5 = แขนหรือขามีกำลังปกติ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ การถือเป็นการระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการวางแผนให้การพยาบาล มีการหาข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมาสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเรียงลำดับข้อวินิจฉัยจากความสำคัญหรือการคุกคามต่อชีวิตที่ควรได้รับการรักษา ดูแล ให้การพยาบาลหรือเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด ตัวอย่างเช่น 1) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาศูนย์อื่น เนื่องจากความบกพร่องในระบบประสาทรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว และ 2) ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ปฏิเสธร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต การนับถือตนเองและบทบาทเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว สังคม วิทยาลัย

การวางแผนการพยาบาล เป็นเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญที่สุด โดยการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตรงตามระยะการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระยะวิกฤติ ระยะช่วยชีวิตเร่งด่วน ระยะฟื้นตัวหรือฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากที่สุด และปรับแผนการดำเนินชีวิตตามสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล

การปฏิบัติการพยาบาล โดยภาพรวมปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การมีปัญหาร่างกายมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีภาวะพึ่งพา พยาบาลต้องแสดงบทบาทในการสอน ให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตน สร้างความเข้าใจ เสริมแรงให้กำลังใจ และแนะนำทักษะ ฝึกฝนทักษะต่างๆที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เช่น ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าของโรคในทางที่ดีขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการฟื้นคืนสภาพสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นไปตามเป้าหมายการพยาบาลที่วางไว้ คือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น การรับรู้ภาวะสุขภาพและติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการพยาบาลนั้น เป็นมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้เป็นการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยมีแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เป็นกิจกรรมบำบัดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีมือและแขนอ่อนแรง

3.2 การพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับ มีดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรตนเองได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความรุนแรงของโรคมกกว่าวัยผู้ใหญ่อาจเนื่องจากการเกิดความเสื่อมตามวัย การมีโรคประจำตัวหลายโรค จึงต้องรับประทานยาหลายตัว เป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแลกิจวัตรต่างๆจากพยาบาล ครอบครัวอย่างใกล้ชิด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหาร พบผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร (Kumlien & Axelsson, 2002) ต้องเฝ้าระวังเรื่องความผิดปกติในการเคี้ยวและกลืน มีการสำลักอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ ควรดูแลเกี่ยวกับการประเมินความผิดปกติ และรักษาความสะอาด สอนทักษะการฝึกขมิบเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูด การดูแลสุขอนามัยโดยพยาบาลดูแล และสอนทักษะการดูแลทำความสะอาดผิวหนังร่างกายของตนเอง หรือสอนแก่สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแลหลัก การแต่งกาย การนอนหลับ การเคลื่อนย้ายและการฝึกการเคลื่อนไหว ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสมถูกต้อง (โสธญา สุตสาระ, 2547)

เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้น จากการมีพยาธิสภาพของโรคร่วมกับกระบวนการเสื่อมตามวัยชรา พยาบาลควรติดตามเฝ้าระวัง อาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบเล็ก การติดเชื้อในระบบต่างๆ เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ไปดูแลต่อที่บ้าน ควรให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัว ผู้ดูแลหลักให้เข้าใจถึงกระบวนการเกิดโรคและกระบวนการชรา อาจมีปัญหามาร่วมด้วย เช่น การหดเกร็งของกล้ามเนื้อมากขึ้นจากการได้ใช้งานที่น้อยลง ไม่มีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรม อาจส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า การนอนหลับยากเนื่องจากการปรับเวลาการนอนนั้นผิดปกติไป การขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระไม่สุดหรือลำบากจากการมีกล้ามเนื้อหูรูดหย่อน เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

เป็นต้น พยาบาลควรให้ความรู้เหล่านี้และติดตามเยี่ยม หรือตามความก้าวหน้าของโรคจากการมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

การประคับประคองด้านอารมณ์ พยาบาลควรทำความเข้าใจในความซับซ้อนใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว รับฟังปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นคง มีคุณค่าในตนเอง (เนตรนภา คู่พันธ์วี, 2541) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านการสังสรรค์ประสบการณ์ชีวิตมาเยอะ ท่านจะรู้สึกเสียใจ ลดความมีคุณค่าในตัวเองลง และบางคนกระทบถึงสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเป็นผู้นำครอบครัว-ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง อีกอย่างเมื่อร่างกายอ่อนแรงลง สูญเสียร่างกายบางส่วนที่ใช้งานไม่ได้จากการอ่อนแรง ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นในบางสิ่งที่ตนเคยทำเองได้ดี ในระยะแรกผู้สูงอายุเหล่านี้จะปฏิเสธไม่ยอมรับความผิดปกติเหล่านี้ที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงควรเข้าหา พูดคุย อธิบาย และค่อยๆ เพิ่มทักษะการฟื้นฟู สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามาเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และสาธิตให้ปฏิบัติตามจนเกิดความชำนาญ เช่น การฝึกการใช้รถเข็น การสวมใส่เสื้อผ้า กางเกง การหยิบจับช้อน ตะเกียบ การฝึกออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ แนะนำเทคนิคการพักผ่อนหย่อนใจ สำหรับผู้สูงอายุอาจต้องให้บุตรหลานคนที่ท่านโปรด ท่านรักเข้ามาช่วยดูแลเพราะท่านจะสร้างกำลังใจในตนเองว่าจะต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่ออยู่ดูความสำเร็จในชีวิตของบุตรหลานท่านนั้นๆ ก่อน หรืออาจให้ทำกิจกรรมที่ชอบเพื่อการผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ หรือแม้กระทั่งเลี้ยงสัตว์เลี้ยง แมว หมา ไก่ เป็นต้น อาจพาผู้สูงอายุไปเปลี่ยนบรรยากาศที่ทะเล บ้านพักตากอากาศ หรือไปสวนสาธารณะ พยาบาลต้องสอนผู้ดูแลควรรู้การสังเกตความผิดปกติหรือการมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น และการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ดีที่บ้าน มีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการส่งเสริม ให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกทักษะการออกกำลังกายของร่างกายส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูยังคงมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ยากลำบาก (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2551) ดังนั้นพยาบาลควรฝึกทักษะการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายในท่าที่ถูกต้อง เสริมสร้างทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป ตามกำลังความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน แบ่งเป็น Passive exercise และ Active exercise ควรสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบประโยชน์และอุปสรรคจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีการเห็นความสำคัญของการฟื้นฟู ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจมีการประยุกต์วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ขึ้นมาได้เองบ้าง เพื่อใช้ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นอุปกรณ์หาง่าย มีใช้อยู่ในครัวเรือน ราคาถูก สามารถหาแหล่งสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชนและสังคมได้

บทบาทผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด อย่างน้อยๆเกือบตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิด ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินอาการผิดปกติ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการจัดกิจกรรมผ่อนคลาย การพักผ่อนร่วมกันเพื่อประคับประคองด้านอารมณ์ มีการเรียนรู้ ฝึกฝน หรือหาข้อมูลทางการแพทย์ใหม่ๆอย่างสม่ำเสมอ มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนในบางโอกาสเพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆแก่กัน เพื่อนำมาประกอบการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเหล่านั้นได้ดีขึ้น มีการส่งเสริม สร้างแรงจูงใจให้แก่กันและกัน ปรับทุกข์รับฟังความต้องการ ปัญหาต่างๆ หาแนวทางแก้ไขหรือนำประเด็นปัญหาต่างๆเหล่านั้นปรึกษาหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ผู้ดูแลหลักควรมีการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่างๆของร่างกายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจนเกิดความชำนาญ สามารถช่วยให้มีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นละเลยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนเป็นคนนำพาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารวดตามแพทย์นัด รับประทานต่อเนื่อง เป็นต้น

3.3 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) ประกอบด้วย

บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันและส่งผลต่อเนื่องถึงการเกิดปัญหาด้านจิต สังคมตามมา ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งช่วยลดความเครียด วิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้ เป็นการสร้างความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญ รับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

บทบาทด้านการป้องกัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการแนะนำให้ลดหรือควบคุมปัจจัยส่งเสริมสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคเลวลง เปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพนั้นมักมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

บทบาทด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลควรช่วยกระตุ้น ส่งเสริม สร้างแรงจูงใจในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหดเกร็ง ส่งเสริมให้

ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญ รับรู้ประเด็นอุปสรรคและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างความต่อเนื่องและให้ความรู้ในทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่างๆของร่างกายที่มีพยาธิสภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟู สามารถใช้ร่างกายข้างที่สูญเสียไปกลับมาทำหน้าที่ได้ เมื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ผลดีย่อมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการใช้ชีวิต มีการปรับตัวด้านจิตสังคมในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข การลงเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพ/สมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นั้นเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองช่วยเหลือตนเองหรือมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ สร้างแรงจูงใจ/กำลังใจ และสอนสาธิตทักษะต่างๆ จนในที่สุดผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ดูแลเกิดความชำนาญ ให้ฝึกใช้อุปกรณ์ การดัดแปลงประยุกต์อุปกรณ์ที่มีในบ้านมาใช้ประกอบการฝึกการออกกำลังกายโดยไม่เกิดอันตราย สร้างความตระหนักรู้ รับรู้ประโยชน์ของการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ฝึกฝนและพัฒนาทักษะต่างๆ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

4.1 แนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information- Motivation Behavioral Skills Model: IMB model) ของ Fisher and Harman (2003)

แนวคิดมีพื้นฐานมาจากการสร้างมโนคติทางสังคมจิตวิทยา เป็นปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี แบบแผนนี้มีการเริ่มต้นมาจากการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยา มีการฝึกทักษะและเรียนรู้ ตระหนักถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเอดส์ การพัฒนาแนวคิดโดยมีการทบทวน วิเคราะห์และผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Fishben & Ajzen ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura และแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Hochbaum ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพิจารณาเหตุผลของการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประโยชน์ของการสร้างแรงจูงใจ เป็นการอธิบายถึงทัศนคติของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคมในการกระทำ การฝึกทักษะเพื่อการดูแลตนเองและเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยแบบแผนนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจ คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคต่างๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้การพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจงกับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงการควบคุมพฤติกรรมเดิมของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งการพัฒนาทักษะขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในการกระทำ

พฤติกรรมของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ มีการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง (Bandura, 1989 cited in Fisher et al. 2003) แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะนั้นสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลและจะฝังรากลึกพอที่จะส่งเสริมให้เกิดผลคือการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและรักษาพฤติกรรมหรือทักษะเหล่านั้นให้คงอยู่ตลอดไป มีการพัฒนาทักษะจนเกิดความชำนาญหรือไม่ยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติจริงสร้างความต่อเนื่องในการฝึกปฏิบัติทักษะเหล่านั้น ประกอบด้วย

การให้ข้อมูล (Information) เป็นข้อมูลที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่การให้ข้อมูลเรื่องโรค อาการ อาการแสดง ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลักการและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์อุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน เพื่อให้การฝึกทักษะการฟื้นฟูประสบความสำเร็จ การให้ข้อมูลนั้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ เน้นถึงการจำและการระลึกถึงข้อมูล เกิดการรับรู้ถึงอันตรายของการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการไม่ฝึกพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและใช้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจร่วมมือกับพยาบาล ทีมสุขภาพในการฝึกทักษะต่างๆ หรือให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคลเกิดจากทัศนคติของแต่ละบุคคลต่อความร่วมมือในการรักษา การพยาบาลต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินจากความก้าวหน้าของโรค การฟื้นคืนสภาพหายจากโรคและความเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้เห็นความสำคัญและสร้างความเชื่อมั่น มั่นใจในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนแรงจูงใจทางสังคมเกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคมที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง รับรู้ถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการเชื่อมั่น มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาความบกพร่องของสุขภาพหรือภาวะเรื้อรังจากโรคที่ยังคงส่งกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และคิดพิจารณาเหตุผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนนั้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยมีทีมสุขภาพและผู้ดูแลเป็นหลักในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการกล่าวชมเชยและให้รางวัล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การพัฒนาทักษะ (Behavioral skill) ในการปฏิบัติทักษะเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการวางแผนการดูแลสุขภาพ การฝึกทักษะต่างๆ ตลอดจนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง ทั้งวิธีการ ขั้นตอน ซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฝึกทักษะ มีการปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก Bobath Concept (1990)

แนวคิดนำเสนอโดย Berta Bobath นักกายภาพบำบัด และสามีคือ Karel Bobath แพทย์ด้านประสาทวิทยา มีเป้าหมายสูงสุดของการรักษาทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟู คือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระแก่ตนเองมากที่สุด สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงมีการพัฒนาโปรแกรมการรักษาเพื่อการกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งอัมพาตครึ่งซีกมักพบได้บ่อยและเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุ หากมีภาวะอัมพาตครึ่งซีกย่อมลดทอนศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงและมีภาวะพึ่งพามากขึ้น เริ่มแรกในปี 1940 Berta Bobath และ Karel Bobath ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นประสาทพัฒนาการ (Neurodevelopmental treatment หรือ NDT) โดยเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา มุ่งเน้นส่งเสริมพัฒนาการและการเคลื่อนไหวที่เป็นปกติ ในระยะแรกนั้นมีการนำมาใช้รักษาในเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) และต่อมาได้นำมาประยุกต์ใช้อย่างได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้นำแนวคิดนี้มาปรับใช้ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกที่มีมือและแขน ขาอ่อนแรงกันอย่างแพร่หลาย อัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟูตัวนั้นผู้ป่วยมักจะต้องใช้แขนข้างดีทดแทนแขนข้างที่อ่อนแรงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีการละเลยแขนหรือมือข้างที่อ่อนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่นปัญหาการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรงและความตึงตัว ตลอดจนการทำหน้าที่ของมือและแขนในการหยิบจับ การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆลดลง การมีพยาธิสภาพที่สมองจนเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและท่าทางต่างๆ เป็นผลมาจากความเสียหายของประสาทส่วนกลาง ผลงานที่เด่นชัดในการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวคิด Bobath คือการฝึกทักษะการใช้มือ (Hand function) ดังนั้นวิธีการของ Bobath สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของ Bobath การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟูตัวมีเป้าหมายเพื่อการฝึกท่าทางการเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย ตลอดจนสามารถใช้มือและแขนข้างที่อ่อนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงปกติ ด้วยกิจกรรมที่เป็น Bilateral Activities และ Repetitive Activities อธิบายได้ดังนี้คือ

Bilateral Activities คือการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยการใช้สองมือประสานกันทำกิจกรรม วิธีนี้ช่วยเพิ่มการรับรู้ลึกของร่างกายข้างอัมพาตที่อ่อนแรง มีการกระตุ้นให้เกิดเคลื่อนไหวที่ๆแบบมีเป้าหมาย (Purposeful movement) และลดอาการเกร็ง (Flexor

synergy) ของผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงส่วน upper extremity การทำกิจกรรมในระยะแรกอาจให้ แขนข้างอัมพาตเคลื่อนไหวแบบ Passive movement ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวมือและแขน ข้างอ่อนแรงได้ดีขึ้นจึงให้เคลื่อนไหวโดยพยายามออกแรงมือและแขนข้างที่อ่อนแรงมากขึ้น ตัวอย่าง กิจกรรม เช่นการเล่นเกม O-X การทำภาพพิมพ์ การฝึกเสียบหมุดบนกระดาน การต่อกรวยพลาสติก เป็นการประยุกต์กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยที่มีมือและแขนอ่อนแรงได้มีการเคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทาง ต่างๆ โดยอาจมีการเคลื่อนไหวร่วมไปกับการเคลื่อนไหวของศีรษะและลำตัว เช่น การจับมือตนเอง ประสานมือกันสองข้างยกแขนขึ้น-ลงในแนวตั้ง การเคลื่อนไหวในแนวระนาบ ซ้าย-ขวา และการ เคลื่อนไหวแบบเฉียงข้ามลำตัว แนวเฉียง

Repetitive Activities คือหลักการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยการฝึก กิจกรรมเหล่านั้นซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิมเป็นการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ ในช่วง แรกๆของการทำกิจกรรมหรือฝึกทักษะนั้นจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือได้บ้าง ต่อมาให้ผู้ป่วย พยายามทำกิจกรรมด้วยตนเองมากที่สุด

5. โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและ แขนจากการทบทวนวรรณกรรมสร้างตามแนวคิด The Information-Motivation Behavioral Skills Model ของ Fisher and Harman (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก ของ Bobath (1990) โดยการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขน เองที่บ้าน ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ โดยมีผู้ดูแลและผู้วิจัย คอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

แนวคิด ทฤษฎี	กิจกรรมตามโปรแกรม
1. การให้ข้อมูล (Information) แนวคิด การให้ข้อมูลเรื่องโรค การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักการ และประโยชน์ อุปสรรคของการฟื้นฟู สมรรถภาพมือและแขน เพื่อการฝึกทักษะ การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการ	1.สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยโดยมีการ แนะนำตัว และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน รายละเอียดและประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัย 3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

<p>รับรู้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและใช้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจร่วมมือกับพยาบาล ทีมสุขภาพในการฝึกทักษะต่างๆ หรือให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ</p>	<p>และการหาแหล่งประโยชน์สนับสนุนจากชุมชน อธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบประเมินและการใช้สมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนรายสัปดาห์</p> <p>4. ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับหลักการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน ชี้แจง อธิบายและสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนตามขั้นตอนของแผนการสอนและคู่มือแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายให้เข้าใจง่าย</p> <p>5. ประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน การตรวจร่างกายเน้นที่ส่วนของมือและแขน ประเมินกำลังกล้ามเนื้อมือและแขน ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบประเมินดัชนีบาร์เทล (pre-test)</p>
<p>2. การสร้างแรงจูงใจ (Motivation)</p> <p>แนวคิด มีการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล เกิดจากทัศนคติของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ส่วนแรงจูงใจทางสังคมเกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคมที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง รับรู้ถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและหน่วยงานต่างๆ ช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการเชื่อมั่น มุ่งมั่นที่จะฟื้นฟูมือและแขน โดยการกล่าว</p>	<p>1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนโดยทีมสุขภาพและผู้ดูแลเป็นหลัก มีการกล่าวชมเชย สร้างเสริมแรงจูงใจ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน</p> <p>2. ยกตัวอย่างการพูดให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นว่ามีคนช่วยเหลือ ใกล้ชิด ไม่ได้ทอดทิ้ง เช่น คุณ...ทำได้ดีมากแล้วคะ ทำต่อไปนะคะ มือและแขนต้องกลับมาใกล้เคียงปกติ และใช้งานได้ดีขึ้นแน่นอน เป็นต้น</p>

<p>ชมเชยและให้รางวัล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้กำลังใจกันและกัน</p>	<p>3. ประกาศชื่นชมผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักต่อหน้าสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มาร่วมกิจกรรมกลุ่ม ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี มือละแขนฟื้นฟูหายชัดเจน เพื่อเป็นแบบอย่างให้ท่านอื่นได้รับรู้ประโยชน์อุปสรรค และเป็นกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่องแก่ตนเองและสมาชิกท่านอื่นต่อไป</p>
<p>3. การพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills)</p> <p>แนวคิด การพัฒนาทักษะเป็นการฝึกฝนทักษะเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย ซึ่งการพัฒนาทักษะฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกมือและแขน โดยมือและแขนทั้งสองข้างประสานกัน ออกแรงแขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง มีการฝึกการใช้มือ ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวมือและแขนทำกิจกรรมเดิมซ้ำๆอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ</p>	<p>1.กิจกรรมรายกลุ่ม ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยแบ่งการนัดพบเป็นกลุ่มย่อยครั้งละ 5-7 คู่ อธิบายและสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนตามขั้นตอนของแผนการสอน และคู่มือ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลองฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน รวม 8 กิจกรรม คือ การฝึกขยำและคลี่กระดาษ การฝึกบีบฟองน้ำกำแบ การฝึกหยิบจับ รับส่งสิ่งของ การฝึกกวาดกรวยหรือแก้วน้ำซ้อนกัน การฝึกไม้หนีบผ้า (ไม้หนีบเล็กใหญ่) การฝึกเสียบหมุด การฝึกประคองแขนข้างอ่อนแรงออกแรงชูบอล และการฝึกการกางยางวง (ยางรัดของ) โดยให้ฝึกปฏิบัติตามที่สอนหรือให้ข้อมูล ใช้มือและแขนทั้งสองข้างประสานกัน ทำกิจกรรม ออกแรงแขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง ฝึกซ้ำๆจนเกิดชำนาญและมั่นใจ มีการสรุปบทวนให้อีกครั้ง และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักสาธิตย้อนกลับในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขน</p>

	<p>ครบทุกกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจ และความถูกต้องของการฝึกทักษะ เปิดโอกาสให้ซักถาม และอธิบายให้เข้าใจง่าย</p> <p>2. <u>กิจกรรมรายบุคคล</u> ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนการสอนและใช้คู่มือประกอบการฝึกทั้ง 8 กิจกรรม โดยมีผู้ดูแลหลักและผู้วิจัยคอยช่วยเหลือใกล้ชิด ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ นาน 6 สัปดาห์ เมื่อแขนข้างที่อ่อนแรงฝึกกิจกรรมเหล่านี้จึงมีแรงมากขึ้นให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักคอยเตือนให้ท่านใช้แขนข้างที่เสียไปทำกิจกรรมมากขึ้น</p> <p>แผนการประครอง อาจยังต้องประครองบ้างในบางช่วงแต่ให้ค่อยๆเพิ่มการใช้งานมือและแขนข้างที่เสียไปเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และกลับมาช่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น</p>
<p>4. การประเมินผล</p> <p>เพื่อประเมินติดตามความก้าวหน้าของโรคและการฟื้นฟูมือและแขน รับทราบปัญหา อุปสรรค ต่างๆ คอยช่วยเหลือ สนับสนุนและแก้ไขในประเด็นต่างๆ เกิดผลดีทางสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 เพื่อรับทราบอุปสรรค ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นเตือน สร้างแรงจูงใจ/ให้กำลังใจ และติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู โดยบันทึกลงสมุดเยี่ยมบ้าน 2. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินดัชนีบาร์เทล (post-test) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แจ้งให้ทราบสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้มีการศึกษาหาความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

อนุรี ชาญธวัชชัย (2542) ศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 3 เดือน เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังเกิดอาการ 2 สัปดาห์หรือก่อนจำหน่ายและภายหลังเกิดอาการ 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศและระดับความรู้สึกรู้ตัวในวันเข้ารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันภายหลังเกิดอาการ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอายุ สถานภาพสมรสและระยะเวลาเมื่อเริ่มเกิดอาการจนได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันภายหลังเกิดอาการ 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวารี เทพดาราและคณะ (2544) ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบประเมิน Barthel Index โดยค่าเฉลี่ย BI ก่อนถูกจำหน่ายเท่ากับ 4.8 และค่าเฉลี่ย BI เมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาภายหลังถูกจำหน่าย 3 เดือนเท่ากับ 12.2 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 63.3 สามารถช่วยเหลือกิจวัตรของตนเองได้หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สวิตา ธรรมวิถิ (2545) ศึกษาประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ประเมินผลจากการวัดความคล่องแคล่วในการใช้แขนข้างที่อ่อนแรง การทำกิจกรรมประจำวัน ความแข็งแรงของมือและนิ้วมือและภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขน มือ และนิ้วมือข้างที่อ่อนแรง ทำกิจกรรม 6 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 2 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคล่องแคล่ว ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ความแข็งแรงของนิ้วมือ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งภายหลังการฝึกที่ 2 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความแข็งแรงของมือระหว่างกลุ่มภายหลังการฝึกที่ 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วีณา ลิ้มสกุล (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายจากแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน มีลักษณะคล้ายกันในด้านเพศ อายุ ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระดับการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้น

กรรณิกา คงหอม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลัก 120 คน พบว่าผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ของการดูแลแล้วทำท่าย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บรรณวรรณ หิรัญเคราะห์ (2549) ศึกษาผลการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 30 คู่เข้าร่วมโครงการให้ความรู้ฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านเป็นเวลา 2 เดือน พบว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เพ็ญศรี สิริวรารมณ (2550) ศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 ราย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีวิธีในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลายวิธีร่วมกัน เช่นการบริหารข้อต่อ การเดิน ปั่นจักรยาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเมื่อเทียบผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นร้อยละ 29.4

วรุณภา ศรีโสภภาพและคณะ (2555) ศึกษาผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง การฟื้นฟูกายภาพบำบัดที่บ้านวันละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 5 สัปดาห์ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินดัชนีบาร์เรลฉบับภาษาไทยและแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ก่อนและหลัง พบว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยนักกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 40 ราย มีการให้ความรู้โดยการสอนประกอบภาพพลิก สอนทักษะการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายและเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ออกกำลังกายในส่วนที่อ่อนแรง ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทลและแบบบันทึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการสอนแนะนำร่วมกับฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นันทนา แก้วเฉย (2552) ศึกษาผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน ฝึกกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมที่ฝึกมือได้แก่ การบีบฟองน้ำ การต่อโดมิโน การตักมัทกะโรนี จับที่คิบล็ก การฝึกหนีบไม้หนีบผ้า การฉีกกระดาษ เป็นต้น ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index และมีแบบวัดคะแนนความหวัง (Herth Hope Index) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีมีค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือและคะแนนความหวังเพิ่มขึ้น

เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคต่อหินที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จับคู่ให้มีความคล้ายกันในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค และจำนวนยาหยอดตา โดยใช้แนวคิด IMB model ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล (2554) ศึกษาปัจจัยบางประการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 100 คน ประเมินครั้งแรกภายในระยะเวลา 1 เดือนที่บ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 3,6,12 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 ปัจจัยด้านเพศ อายุ ผู้ดูแล การจัดการดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1,3,6 และ 12 สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน โดยมีปัจจัยด้านเพศที่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเพศหญิงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีอัมพาตมากกว่าเพศชาย 4.78 เท่า

Chemrinski, Robinson & Kosier (2001) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นตัวของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 3 และ 6 เดือนหลังการ

เจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

Woldag et al. (2003) ศึกษาผลการฝึกการเคลื่อนไหวมือและแขนตามหลักการ repetitive training ต่อการฟื้นฟูสภาพของกำลังกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมือและแขนอ่อนแรง 20 คน ฝึกกิจกรรมซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิมๆ อย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Bobath ได้แก่ ฝึกเคลื่อนไหวมือและแขน กำแบ การหยิบจับ - ส่งสิ่งของ ใช้เวลาฝึกต่อครั้งนานมากกว่า 10 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 5 วันต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกเคลื่อนไหวตามหลักการ repetitive training นั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสภาพของมือและแขน การเคลื่อนไหวและมีแรงบีบกำมือเพิ่มขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยมีการหยิบจับสิ่งของได้ดีขึ้น

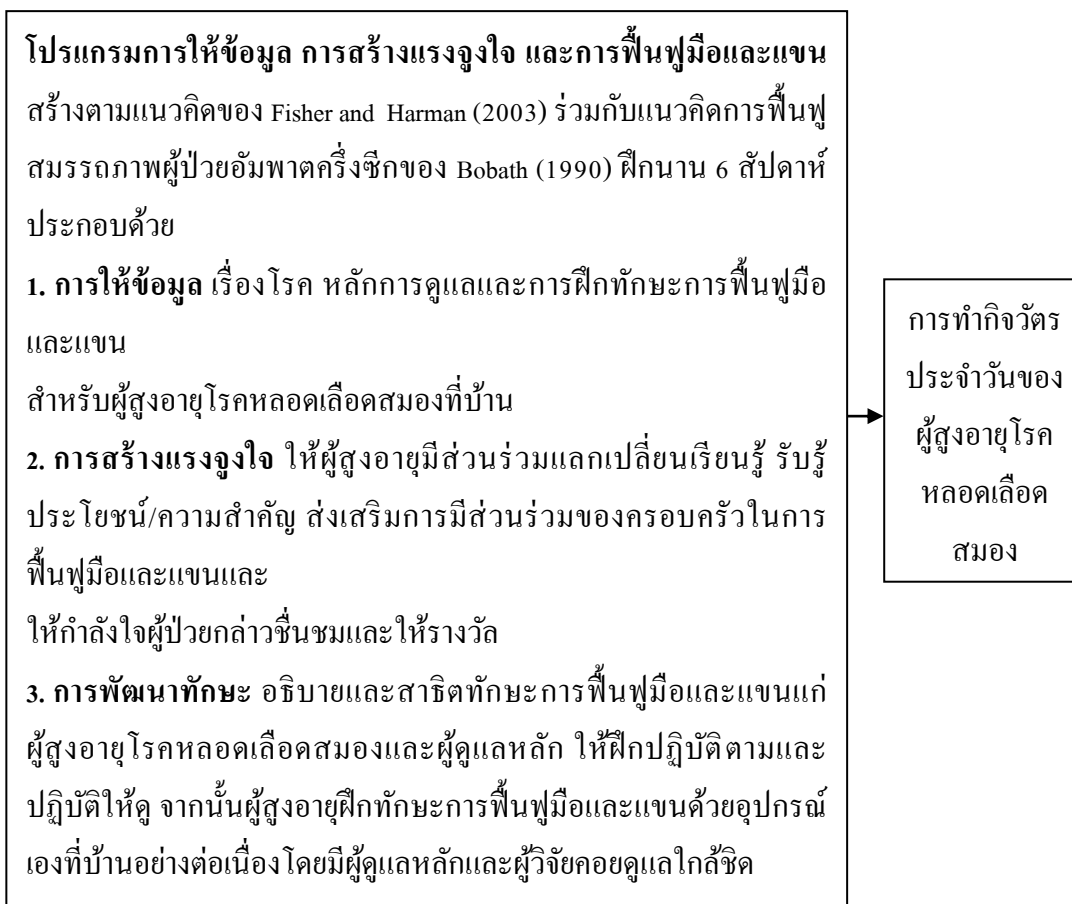
Sven et al. (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายการมีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Middle Cerebral Artery Stroke) 55 คน โดยศึกษาปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ความรุนแรงของโรค ด้านบุคคล (เพศ อายุ สถานะภาพ และระดับการศึกษา และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล) ผลการศึกษาพบว่า อายุ รอยโรค การมีอัมพาตครึ่งซีก และความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายโดยตรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cornman et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิด The Information - Motivation Behavioral Skills Model (IMB model) มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายขับรถบรรทุกจำนวน 250 ราย เก็บข้อมูลหลังจากนั้น 10 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพจากรูปแบบ การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะนั้นช่วยสนับสนุนให้คนขับรถบรรทุกเกิดการรับรู้ต่อความเสี่ยงการติดโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ ตระหนักรู้และมีทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ และเพิ่มพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้น โดยเฉพาะในคู่สมรส และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นกับผู้หญิงนอกสมรสของตน

Sabini et al. (2013) การวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตเพื่อการพัฒนากรอบแนวคิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำหน้าที่ของมืออย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกเรื้อรังได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 20 คน ผลการศึกษาพบว่ามี 4 ปัญหาของการขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนข้างที่อ่อนแรง คือ อาการเกร็งและการเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วง ทักษะในการฝึกใช้มือและแขนในการทำหน้าที่ การสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนลดลง ล้วนเป็นปัจจัยอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพแขนอย่างต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ การมีมือและแขนอ่อนแรงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันในการ ดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือ และแขนมีความสำคัญต่อการฟื้นคืนสภาพของกล้ามเนื้อและแขนให้กลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติ และการเพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น การพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และ การฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นบทบาท สำคัญของพยาบาลในการช่วยเหลือ ดูแล ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะ ฟื้นฟูสภาพ สามารถช่วยให้ความก้าวหน้าของโรคหรือเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจนมีการ พัฒนาและแสดงศักยภาพทางการพยาบาลเพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพพยาบาลสืบไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation Behavioral Skills Model: IMB model) ของ Fisher and Harman (2003) ประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูล 2. การสร้างแรงจูงใจ 3. การพัฒนาทักษะ ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟูตัวของ Bobath (1990) เป็นการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือ และแขนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนในผู้สูงอายุหลอดเลือดสมองที่มี มือและแขนอ่อนแรง มีการใช้มือและแขนทั้งสองข้างประสานกันออกแรง แขนข้างดีประคองข้างที่ อ่อนแรงเคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง เน้นฝึกทักษะการ ใช้มือฟื้นฟูสมรรถภาพซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิมอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการให้การพยาบาลเพื่อ ดูแลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ เกิดการเรียนรู้ มีกำลังใจ แรงจูงใจ และมีทักษะการ ฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง เกิดประสิทธิภาพและมีการฟื้นฟูหายกลับมาใช้งานมือและแขน ได้ใกล้เคียงปกติ โดยมีผู้วิจัยและผู้ดูแลคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด อันจะส่งผลต่อการ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและความผาสุกของผู้สูงอายุเหล่านั้น อีกทั้งเมื่อมือและแขนมีความแข็งแรง เคลื่อนไหวได้ดีผู้สูงอายุสามารถใช้มือและแขนช่วยในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพขาได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป ดังรูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁		O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃	X	O ₄

O₁ หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

O₂ หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

O₃ หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O₄ หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีกมีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุง ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและยังคงมีการนัดมาตรวจอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรงมากกว่าหรือเท่ากับเกรด 3 ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพัทลุงแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ดังนี้

กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ซีกซ้ายหรือซีกขวา มีกำลังกล้ามเนื้อมือและแขน (motor power) เท่ากับหรือมากกว่าเกรด 3
2. ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี
3. ระดับความรู้สึกรู้ตัวดี รับรู้เข้าใจการติดต่อสื่อสาร ผ่านเกณฑ์ MMSE Thai 2002
4. ไม่มีความผิดปกติของมือและแขนจนเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะ เช่นปวด เกร็ง สั่น กระดูกแตกกร้าว มีบาดแผลติดเชื้ หรือมีคำสั่งแพทย์ห้ามในการฟื้นฟูมือและแขน
5. นั่งหรือไขว่ห้างได้ยืนนั่งสูงได้นานมากกว่า 45 นาที
6. อาศัยอยู่กับครอบครัวมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก
7. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

กำหนดคุณสมบัติผู้ดูแลหลักดังนี้

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว
3. ไม่มีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสาร
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เหนื่อยง่าย คุกคามต่อชีวิต หรือเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังรุนแรงอื่นๆ
5. มีโทรศัพท์ในการติดต่อ
6. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง หากใช้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าไค้ปกติ (Normality) ซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2005) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจทดสอบระดับมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ คือ 80% ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.55 จากตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน (Burns & Grove, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คนและกลุ่มทดลอง 22 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบและประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งรับผิดชอบ เกี่ยวกับงานติดตามเยี่ยม บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง คือศูนย์แพทย์ ชุมชนตอนยอ และศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ สืบจรรยาชื่อ ที่อยู่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยพบผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่บ้านทุกคนและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างให้ตรงครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการ เข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย โปรแกรมการวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้ ทราบ ใช้เวลาในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัย จนได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 44 ราย

4. พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) อายุ เพศ และ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และ ควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี โดยกำหนดช่วงอายุดังนี้ 60-64 ปี, 65-69 ปี และมากกว่า 75 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) ทั้งนี้เนื่องจาก พบว่าอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (อนูรี ชาญธวัชชัย 2542; วิษณุ กัมทรทิพย์, 2550)

4.2 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีเพศเดียวกัน กล่าวคือ เพศชายเกิดโรคหลอดเลือด สมองมากกว่าเพศหญิง (AHA, 2007) ซึ่งการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองย่อมมีผลต่อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เกิดภาวะพึ่งพา

4.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย กล่าวคือ ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยถึงเวลาที่ได้รับการ พันฟูสมรรถภาพนั้นสำคัญต่อการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โอกาสฟื้นฟูได้อย่าง รวดเร็วที่สุดคือ ภายในช่วง 6 เดือนนับจากวันที่เกิดอาการป่วย แต่เมื่อพ้นระยะเวลา 1 ปีไปแล้ว การ ฟื้นฟูก็น่าจะค่อยเป็นค่อยไป (Sven et al., 2006)

5. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับฉลาก

การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หายใจช้าหรือเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ มีไข้สูงหรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง อาการมือและแขนเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก ปวด มีบาดแผลมากขึ้นจนไม่พร้อมในการร่วมฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน และมีคำสั่งห้ามจากแพทย์ในการฟื้นฟูมือและแขน

2. ผู้ดูแลหลักมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติ เมื่อ 17 พฤศจิกายน 2557 เลขที่โครงการวิจัย 142.2/2557 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการชี้แจงในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (informed consent form) ด้วยความสมัครใจ

บทบาทของผู้ดูแลหลัก

ในงานวิจัยนี้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
- 2) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความไม่ชัดเจนในการตอบ
- 3) ร่วมทำกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ รับฟังข้อมูลเรื่องโรค มีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขน ดูแลและคอยกำกับให้ผู้สูงอายุฝึกฝนทักษะการฟื้นฟูมือและแขนตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 4) เป็นผู้จัดบันทึกลงในสมุดกำกับการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย เพื่อให้การวิจัยสมบูรณ์มีความต่อเนื่องและยั่งยืนของกิจกรรม โดยผู้ดูแลหลักคอยกำกับ กระตุ้นเตือนหรือสร้างความตระหนักรู้ในการฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมฝึกฝน จัดทำทักษะการฟื้นฟูมือและแขนได้อย่างถูกต้องและนำไปปฏิบัติตามที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นบุคคลที่

มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นแรงใจ กำลังใจหลักในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขน สุดท้ายช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพคือ มือและแขนแข็งแรงขึ้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นโดยใช้มือและแขนข้างที่อ่อนแรงได้ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวความคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information - Motivation Behavioral Skills Model: IMB model) ของ Fisher & Harman (2003) ร่วมกับแนวความคิดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ Bobath (1990) ประกอบด้วย 1) แผนการสอนโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะร่วมกับแนวความคิดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดข้อจำกัดต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการเป็นผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการฟื้นฟูมือและแขน โดยกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ตารางการดำเนินกิจกรรม วางเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ อย่างเป็นระบบ มีรายละเอียดของแผนการทำกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ประกอบการทำกิจกรรมการวิจัย กำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและมีการประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความ

เหมาะสมของกิจกรรมตั้งแต่การเตรียมการและขั้นการดำเนินกิจกรรม สื่อการสอน วัสดุ อุปกรณ์ในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผลกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยคู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอน สมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนรายสัปดาห์ ความเหมาะสมของอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารบทความต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองและการรักษา เพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการสร้างแบบสอบถาม ให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตัวเลือกตอบและมีช่องว่างให้เติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง อาจมีผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยยืนยันความถูกต้องของข้อมูลอย่างใกล้ชิดได้

1.2 แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ของ Collin et al. (1988) ประเทศไทยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index โดยสุทธิชัย จิตพันธ์กุลและคณะ (2544) เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันใน 24-48 ชั่วโมง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ลุกจากเตียง เคลื่อนย้ายเดินไปมาในบ้าน เดินขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำ และการกลืน อุจจาระปัสสาวะได้ ทั้งนี้ได้มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุไทยที่ชุมชนอัตคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และเหมาะสมสำหรับประเมินระดับคุณภาพในประชากรสูงอายุไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลมาใช้เป็นที่ยอมรับ นำเชื่อถือในประเทศไทย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ สมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นมาเองเพื่อให้ครอบคลุมในเนื้อหา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยดังกล่าว นำเสนอแก่ท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสม ชัดเจนและความครอบคลุมของข้อความซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีรูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ควรสอดคล้องกับสื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และข้อเสนอแนะ นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคทางโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการ ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ความเหมาะสมและถูกต้องของภาษา โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน นำมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ .80 จึงถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งมีการคำนวณจากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความ กับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี (Polit & Hungler, 1999)

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอนโปรแกรมฯ, คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงโดยพิจารณาจากความเหมาะสมของโปรแกรม 5 รายการ ได้ค่าเท่ากับ 0.81

คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านเพื่อการพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบแก้คำผิดให้ถูกต้อง กิจกรรมพื้นพู่มือและแขนควรเรียงลำดับจากง่ายไปยาก แต่ละกิจกรรม หรือแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการควรระบุเวลาให้ชัดเจนและเหมาะสมกับเนื้อหาที่วางแผนการสอนไว้
- 2) รูปเล่มคู่มือ.....จัดรูปแบบให้อ่านง่าย น่าสนใจ ควรปรับเล่มที่สมบูรณ์เป็นสี่ ขนาดตัวอักษรให้เหมือนกันทุกหน้า ขยายให้ตัวอักษรใหญ่ขึ้น และมีภาพประกอบเพื่ออธิบายทุกขั้นตอนของการฝึกกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะยืด (ผู้ฝึกเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่เป็นชาวบ้าน/ชนบท)
- 3) คู่มือ ใช้กระดานอมสายตา และควรเพิ่มเนื้อหาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้ว่า หากท่านไม่พื้นพู่มือและแขนท่านจะเป็นอย่างไร จะเกิดผลกระทบ ปัญหาอย่างไรบ้าง (เป็นการชี้ปัญหา อุปสรรคและเสริมแรง สร้างเสริมแรงจูงใจในการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ)
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ส่งคู่มือและแผนการสอนฉบับสมบูรณ์หลังการปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำให้ทุกท่านดู พิจารณาอีกครั้ง
- 5) เกร็ง (ควรระบุว่าเกร็งเล็กน้อยแต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะและไม่มีอาการปวดมากขึ้นขณะฝึกกิจกรรมเหล่านั้น เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่วนใหญ่มักมีอาการเกร็งหลงเหลืออยู่ทุกคน) ตรวจ moter power มือและแขนหรือไม่ อย่างไร?
- 6) ผู้ป่วยต้องทำให้ได้ทุกกิจกรรมหรือไม่ เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเค้าทำ 8 กิจกรรมทั้งหมดนี้จริงหรือเป็นการให้ทำกิจกรรมเพิ่มความยากขึ้นเรื่อยๆ
- 7) ผลการประเมินจะรู้ได้จริงหรือว่าเค้าทำจริงทั้ง 5 วัน เข้าเย็น คนไทยที่ใช้แบบกำกับการทดลอง จะดูได้อย่างไรให้ได้ข้อมูลว่าฝึกทำจริง/ไม่จริง ในแต่ละกิจกรรม การสรุปผลการฟื้นฟูมือและแขนนั้นได้เกิดจากการฝึกที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง (ทุกคนได้ฝึกทำทุกกิจกรรมด้วยตนเองจริงหรือไม่ เพื่อการวัดผลการทดลองได้อย่างถูกต้อง) อาจต้องเขียนเสนอแนะไว้ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านในด้านเนื้อหาของวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ดังนี้

- 1) ประชากรที่ระบุไว้ว่าอัมพาตครึ่งซีกมือและแขนอ่อนแรง (ควรตัดคำว่าอัมพาตครึ่งซีกออก เพราะอัมพาตครึ่งท่อนั้นหากเป็นท่อนบน มือและแขนก็จะมีอ่อนแรงเช่นกัน) และไม่ได้ระบุกำหนดระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ในประชากร และเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง)

2) ตรวจสอบตัวอักษรภาษาอังกฤษ (...) วงเล็บหลังคำภาษาไทยว่าควรขึ้นต้นเป็นตัวอักษร ตัวเล็กหรือตัวใหญ่ที่เหมือนกันทั้งเล่ม

3) ควรใส่เนื้อหา Motor power ลงด้วย (เพิ่มในคำจำกัดความ แต่ละระดับของเกรดกำลัง กล้ามเนื้อมือและแขนและให้เหตุผลของการเลือกผู้ป่วยที่ระดับ 3 ขึ้นไป)

4) มีคำถามว่า ต้องมีคะแนน GCS หรือตรวจ MMSE ก่อนหรือไม่ คะแนนเท่าไรขึ้นไปหรือ เอาหมด เพราะคนใช้ severe outcome ขณะการฟื้นฟูของแต่ละคนจะแตกต่างกัน

5) เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง เรื่องการหดเกร็งของมือและแขน

6) เนื้อหา ส่วนของระยะของโรค ระยะเฉียบพลัน บางตำราต่างประเทศ คือระบุ 48-72 hr. ระยะหลังเฉียบพลัน คือ ระบุหลัง 72 hr. (ตรวจสอบความถูกต้อง)

จากคำแนะนำและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยนำประเด็นต่างๆ ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุง แก้ไขตามความเหมาะสมเพื่อให้วิทยานิพนธ์ สมบูรณ์มากที่สุด

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามคำแนะนำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้จริง (try out) กับ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีการดำเนินการทดลองโดยกำหนดเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อการดำเนินการทดลองที่เกิดความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีขั้นตอนการดำเนินการเตรียมการและการทดลอง ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความรู้เรื่องทักษะการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ ตำราวิชาการ และเอกสารงานวิจัยเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้จริงและฝึกพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความชำนาญ ความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปใช้

กับงานวิจัยได้จริง เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เรียนและฝึกฝนทักษะจากผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล ราชนิติ กรุงเทพมหานคร

2. ขึ้นเตรียมเครื่องมือในการทดลอง พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากการประยุกต์แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นตัวของ Bobath (1990) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในบริบทของชุมชน

3. เสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัยจัดทำแผนการทดลอง โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ผ่านการขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรียบร้อยแล้ว

5. การวิจัยครั้งนี้ได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและมีการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพัทลุงอย่างน้อย 2 ปี มีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รับทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถามในการทดลอง และการประเมินผล

6. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพัทลุง ศึกษาและรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีการระบุ Setting เพื่อลงเก็บข้อมูลของ 2 หมู่บ้าน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 หมู่บ้าน (ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ) กลุ่มทดลอง 1 หมู่บ้าน (ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละหมู่บ้านผู้วิจัยดำเนินการโดยการเข้าพบหัวหน้าชุมชน หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ และหัวหน้าศูนย์แพทย์ดอนยอ นัดหมาย วัน เวลา สถานที่กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สอบถามเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทาง สถานที่และเวลา เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และมีการวางแผนด้านเวลาที่ดี โดยกลุ่มทดลองนั้นมีการนัดพบผู้ดูแลหลักทุกคนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคัดเลือกให้

ได้ผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนการติดต่อผู้ป่วย และตามเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลหลักเหล่านั้นไปพร้อมกับทีมของโรงพยาบาลพัทลุงเพื่อคัดกรองและเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจร่างกายกลุ่มทดลองโดยเน้นการประเมินความบกพร่องของส่วนมือและแขน ทดสอบกำลังกล้ามเนื้อมือและแขน (Motor power) แนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนให้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้รับทราบโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วย

7. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 44 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index แบบสอบถามและเครื่องมือการวิจัยต่างๆ ซึ่งผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ให้เอกสาร ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form) ด้วยความสมัครใจ

8. ผลการจับคู่เพื่อควบคุมตัวแปร อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Matched pairs) แสดงในตารางที่ 6 (ภาคผนวก หน้า 165)

9. ผลการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov แสดงในตารางที่ 7 (ภาคผนวกหน้า 167)

ขั้นตอนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาการทดลองวิจัยนาน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม

เมื่อได้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการมีส่วนร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม (1 ชั่วโมง) ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ดอนยอ อธิบายให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมลงชื่อในใบยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (pre-test)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นประจำอยู่แล้ว

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม (1 ชั่วโมง) ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนตอนยอ และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (post-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

จากนั้นหลังการทดลองผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แจกคู่มือของโครงการวิจัยครั้งนี้และสอนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจในการไปฝึกฝนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้วิจัยส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ให้คำตอบแทนสำหรับการเดินทางมาร่วมกิจกรรมและมอบของที่ระลึก พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่สิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม (นัดพบโดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ครั้งละ 5 -7 คู่) ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง มีการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนการร่วมทำวิจัย มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนต่างๆร่วมกัน ผู้วิจัยตรวจร่างกายกลุ่มทดลองโดยเน้นการประเมินความบกพร่องของส่วนมือและแขน จากนั้นให้ดูตัวอย่างแบบประเมินต่างๆ อธิบายการตอบแบบประเมินและการใช้คู่มือประกอบการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน รวมทั้งแนะนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจดบันทึกผลสมุดการฝึกทักษะการฟื้นฟูรายสัปดาห์ ขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (pre-test) ตอบแบบประเมินโดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเอง (มีผู้ดูแลคอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างใกล้ชิดได้) ให้ข้อมูลโดยการบรรยายเรื่องโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน สาธิตการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน การใช้อุปกรณ์ อธิบายให้รับทราบประโยชน์ อุปสรรค มีการสร้างแรงจูงใจโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ดูแลเป็นหลัก ยกตัวอย่างการพูดให้กำลังใจและเสริม สร้างแรงจูงใจ เพื่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นว่ามีคนช่วย เหลือใกล้ชิด ไม่ได้ทอดทิ้ง เช่น คุณ...ทำได้ดีมากแล้วคะ ทำต่อไปนะคะ มือและ

แขนต้องกลับมาใกล้เคียงปกติและใช้งานได้ดีขึ้นแน่นอน เป็นต้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลทดลองฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนโดยให้ทดลองใช้อุปกรณ์ปฏิบัติจริง มีการปฏิบัติทบทวนให้ดูตัวต่อตัวกับผู้วิจัย ให้ทุกคูฝึกฝนทำซ้ำหลายรอบให้เกิดความชำนาญและมั่นใจว่าตนเองทำได้ถูกต้อง และทดลองเขียนบันทึกลงสมุดกำกับกับการฝึกทักษะรายสัปดาห์ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยประเด็นปัญหาต่างๆ ผู้วิจัยอธิบายให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย ถูกต้อง มีความชัดเจน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป ก่อนสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดเวลา สถานที่และชี้แจงการทำกิจกรรมครั้งต่อไป แจกคู่มือการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน มอบอุปกรณ์ทุกชิ้นตามคู่มือเพื่อไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 - สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายบุคคล กลุ่มทดลองฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนตามคู่มือการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม ฝึกทักษะโดยใช้มือและแขน 2 ข้างทำงานประสานกัน แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรง เคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง ได้แก่ การวางกรวยซ้อนกัน การเสียบหมุดและฝึกหยิบจับวัตถุขนาดรูปร่างต่างๆ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ซ้อน แก้วน้ำ หวีลม ขวดน้ำ ฟองน้ำและการขยำและคลี่กระดาษ ไม้หนีบผ้าและลูกบอล เป็นต้น รวม 8 กิจกรรม มีการอ่านทบทวนคู่มืออย่างสม่ำเสมอ โดยมีผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักช่วยกันลงบันทึกในสมุดกำกับกับการทดลอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 4 (ครั้งละไม่เกิน 20 นาที) โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 (โทรศัพท์สอบถามจากผู้ดูแลหลัก ครั้งละไม่เกิน 3 นาที) เพื่อรับทราบอุปสรรค ให้คำแนะนำ/ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นเตือน สร้างแรงจูงใจ/ให้กำลังใจ และติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายกลุ่ม (นัดพบโดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งละ 5 - 7 คู่) ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ ใช้เวลากลุ่มละไม่เกิน 1 ชั่วโมง แบ่งนัดพบเป็นวันละกลุ่มจนครบจำนวน โดยนัดพบผู้ป่วยและผู้ดูแล ณ หอประชุมหมู่บ้าน เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (post-test) ตอบแบบประเมินโดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเอง (มีผู้ดูแลคอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างใกล้ชิดได้) สร้างแรงจูงใจโดยการประกาศชื่นชมผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือและมีการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง จนเห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีการฟื้นฟูหยาบของมือและแขนชัดเจน สามารถทำกิจวัตรช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เพื่อเป็นแบบอย่างให้ท่านอื่นได้รับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และเป็นกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่องต่อไป เก็บรวบรวมและตรวจสอบความ

ถูกต้องของข้อมูล ให้คำตอบแทนในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมและมอบของที่ระลึก ชี้แจงการสิ้นสุดการทดลองและขอบคุณ

โดยกลุ่มทดลองยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติบางส่วน เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การรับยาและมาตรวจตามนัด การฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนขาตามที่ได้รับการสอนตามปกติ เป็นต้น แต่ด้านการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนให้เป็นหน้าที่ของผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของผู้ป่วยและอาจส่งผลต่อการประเมินผลโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

ปัญหาและอุปสรรค การยินดีเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย

1. จากการสังเกตของผู้วิจัยเองในขณะร่วมทำกิจกรรมตามแผนการสอน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักให้ความสนใจ ร่วมมือในการฝึกฝนทักษะการฟื้นฟูมือและแขนเป็นอย่างดี ตั้งใจรับฟังผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มองสบตา พยักหน้ารับรู้ว่าจะเข้าใจ สนใจสอบถามข้อมูลหรือประเด็นที่ตนสงสัยเพื่อไขข้อข้องใจ ได้แก่ กิจกรรมเหล่านี้ได้ผลจริงหรือไม่ ต้องฝึกทำนานมากมัย และถ้าฝึกตามที่ผู้วิจัยบอกผลลัพธ์จะเกิดอะไรขึ้นเป็นในทางที่ดีหรือไม่ เป็นต้น เมื่อได้รับการตอบคำถามจากผู้วิจัยอย่างเอาใจใส่กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมทุกท่านแสดงออกว่าขอบคุณผู้วิจัยที่นำอุปกรณ์สำหรับฝึกมือและแขนมามอบให้ ช่วยให้การฝึกที่บ้านได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ทำได้ง่าย สะดวกเมื่อมีเวลาว่างก็สามารถฝึกได้เลย ไม่เครียด รู้สึกผ่อนคลายเมื่อทำกิจกรรม ปัญหา อุปสรรคที่เจอขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มย่อย ดังนี้

2. ความยากของการตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยได้ชี้แจงว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งผู้สูงอายุและแบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลหลักนั้น ผู้สูงอายุตอบคำถามด้วยตนเองมากที่สุดโดยมีผู้ดูแลหลักคอยช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ อ่านบททวนให้ทำความเข้าใจ ให้เวลาในการตอบคำถามไม่เร่งรีบเอาคำตอบเกินไป ส่วนแบบประเมินการกิจวัตรประจำวันบาทเอลดีแอลนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยศึกษาบททวนแบบประเมิน เตรียมตัว ซ้อมถามและอธิบายมาก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลจริงเพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูล ขณะตอบแบบประเมินกิจวัตรประจำวันบาทเอลดีแอลพยายามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเองมากที่สุด แต่มักเจอความไม่เข้าใจภาษาของคำถาม ผู้ดูแลหลักมักให้คำตอบที่มองเห็นภาพและเสริมข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น ข้อมูลจึงค่อนข้างสมบูรณ์

3. ความยากของการเขียนกำกับกับการทดลอง ผู้เข้าร่วมได้สอบถามเกี่ยวกับการจัดบันทึกสมุดการฝึกมือและแขนรายสัปดาห์เกี่ยวกับระยะเวลาของการจัดบันทึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยกันอธิบายให้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเองและแก่ผู้ดูแลหลักเพื่อช่วยในการจัดบันทึก กำกับ

กระตุ้นเตือนให้มีการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง มีคำถามที่น่าสนใจคือ “หากมีผู้ระฝีกได้ไม่ครบตามนั้นจะแก้ปัญหาย่างไรดี” ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตรงกันว่าการทำกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมนี้ตามโปรแกรมถือเป็นการฝึกฝนทักษะเปรียบเทียบกับ การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ของทุกคนอย่างน้อยที่สุดควรมีการฝึกทุกกิจกรรมเหล่านี้ ยอมรับได้ที่ 3 วันต่อสัปดาห์ ฝึกเข้าเย็นหรือตามเวลาที่สะดวก ให้เป็นกิจกรรมที่ทำได้โดยอิสระ แต่เมื่อมีการฝึกทักษะฝีกมือและแขนขอความกรุณา ความร่วมมือในการจดบันทึกลงสมุดบันทึกให้ผู้วิจัย เพื่อมีการติดตามและประเมินผลกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักพยักหน้ารับทราบ เข้าใจดี

4. ความยากของบางกิจกรรม ใน 8 กิจกรรมเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักได้ทดลองปฏิบัติตาม ตลอดกลับไปฝีกทักษะเองที่บ้าน กิจกรรมที่ทำได้ยากต้องใช้ความพยายามสูงในการฝีก เช่นการฝีกกางทุกนิ้วมือและแขนข้างที่อ่อนแรงโดยใช้หนังยางรัดของ ผู้วิจัยได้รับการสะท้อนกลับและความคิดเห็นมาว่าฝีกยากกว่าทุกกิจกรรม จึงมีการพิจารณา ทบทวนพบว่าเหตุผลประกอบมาจากกล้ามเนื้อมือและแขนของผู้ป่วยเองเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็ก มีอาการอ่อนแรง การฝีกกางนิ้วต้องมีการฝีกกิจกรรมอื่นมาก่อนสักระยะเพื่อให้มือและแขนแข็งแรงมากขึ้นก่อนค่อยฝีกกิจกรรมหนังยางรัดของเป็นกิจกรรมท้ายสุด (ฝีกกิจกรรมตามความยากง่ายของกิจกรรมซึ่งตรงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน)

5. ผู้วิจัยและผู้ดูแลหลักถือเป็นแรงจูงใจหลักสำหรับการทำกิจกรรมฝีกทักษะฝีกมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ ปัญหาอุปสรรคที่พบเจอ คือ ผู้สูงอายุบางท่านยังคงมีการละเลยความสำคัญของการฝีกมือและแขน ขาดแรงจูงใจอย่างมากที่จะกลับมาฝีกได้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงต้องใช้เทคนิคการเข้าหา การค้นหาในประเด็นปัญหาที่ทำให้ท่านเหล่านั้นนั้นละเลยการฝีกพบว่าเกิดจากโดยส่วนใหญ่มักคิดว่าป่วยมาหลายปีแล้ว และบวกกับตนก็แก่อายุมากแล้ว “ฝีกฝนไปก็แค่นั้นไม่มีอะไรดีขึ้นมานานักหรอก” ผู้วิจัยรับทราบความคิดเห็นเหล่านั้น ทบทวนและปรึกษาท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จึงมีการจัดกิจกรรมปันกลุ่มย่อยเล็กให้มีการทำกิจกรรมอย่างทั่งถึง กระตุ้นส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมีผู้ดูแลหลักดูแลสร้างแรงจูงใจใกล้ชิด ขณะฝีกฝนร่วมทำกิจกรรมหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน โทรเยี่ยมบ้านผู้วิจัยใช้วาจาที่นอบน้อมเนื่องจากถือเป็นผู้ดูแลไม่มีการออกคำสั่ง ให้การทำกิจกรรมแตกต่างจากการเห็นคุณค่า ประโยชน์การฟื้นฟู มีการยกตัวอย่างเพื่อนในกลุ่มหรือบุคคลที่ตั้งใจฝีกฝนแล้วมีการฟื้นฟูของมือและแขนดีขึ้นเพื่อเป็นแบบอย่าง เป็น

การสร้างแรงจูงใจให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เต็มใจฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ อย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนของกิจกรรม

6. จากการลงเยี่ยมบ้านได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักอย่างมาก ได้กลุ่มตัวอย่างครบ ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับแรงจูงใจ มีกำลังใจจากผู้ดูแลหลักและครอบครัว บางท่านแจ้งเลยว่าที่ฝึกมือและแขนเหล่านี้ มือและแขนแข็งแรงมากขึ้น ทำให้ตนยินดีมีกำลังใจที่จะฝึกฝนอย่างต่อเนื่องต่อไป อีกทั้งมีลูกหรือหลานคอยกำกับเป็นแรงจูงใจหลักเพราะผู้สูงอายุเหล่านี้อยากอยู่นานๆได้เห็นลูกหลานประสบความสำเร็จในชีวิตก่อนที่ตนจะจากไป ปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอขณะลงเยี่ยมบ้าน คือ บางวันมีฝนตกการเดินทางในหมู่บ้าน ชนบทค่อนข้างยากลำบาก และผู้วิจัยได้ลงพื้นที่พร้อมกับทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนช่วงแรกไม่ได้โทรนัดล่วงหน้าบางบ้านของการลงเยี่ยมครั้งแรกจึงไม่พบกลุ่มตัวอย่าง แก้ปัญหาโดยการปรึกษาที่เจ้าหน้าที่ และโทรประสานงานแจ้งให้รับทราบถึงการขอลงเยี่ยมบ้าน และตามเยี่ยมบ้านในวันถัดไป แทน จนครบทุกบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

7. จากการโทรเยี่ยมบ้านสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยรับทราบดังนี้

1) มีการเขียนบันทึกลงสมุดบันทึกได้ไม่ครบในบางวัน แต่สามารถสอบถามข้อมูลการฝึกทักษะมือและแขนย้อนหลังได้จากผู้สูงอายุเองหรือผู้ดูแลหลักจนได้ข้อมูลการฝึกค่อนข้างสมบูรณ์

2) มีกำลังใจการสร้างแรงจูงใจจากครอบครัว ท่านผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักตอบเป็นเสียงเดียวกันเลยว่ารู้สึกดีมากที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัว บางท่านมีเสียงหัวเราะดีใจตามมาด้วยเพราะลูกหลานเข้าหา ไม่อ้ำว้างหรือโดดเดี่ยวและสนุกกับการฝึกมือและแขนทุกกิจกรรมทำง่าย เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนมากนัก ราคาไม่แพงวัสดุหาซื้อง่ายและมีอยู่เดิมแล้วที่บ้านสามารถนำมาประยุกต์ใช้ฝึกมือและแขนได้อย่างต่อเนื่องอย่างแน่นอน เป็นกิจกรรมที่ยั่งยืนได้ต่อไป

3) ทุกท่านพยายามฝึกมือและแขนตามที่ผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง มองเห็นความเปลี่ยนแปลงเมื่อมือและแขนแข็งแรงมากขึ้นทำให้มองเห็นประโยชน์จากการฝึก ผลลัพธ์ของโรคมีการฟื้นฟูเป็นไปในทางบวก จึงเกิดแรงจูงใจในการยินดีร่วมฝึกฝนมากขึ้น

4) จากการสอบถามในความยากของบางกิจกรรม เช่น ไม้หนีบ ใหญ่ เล็กการกาง

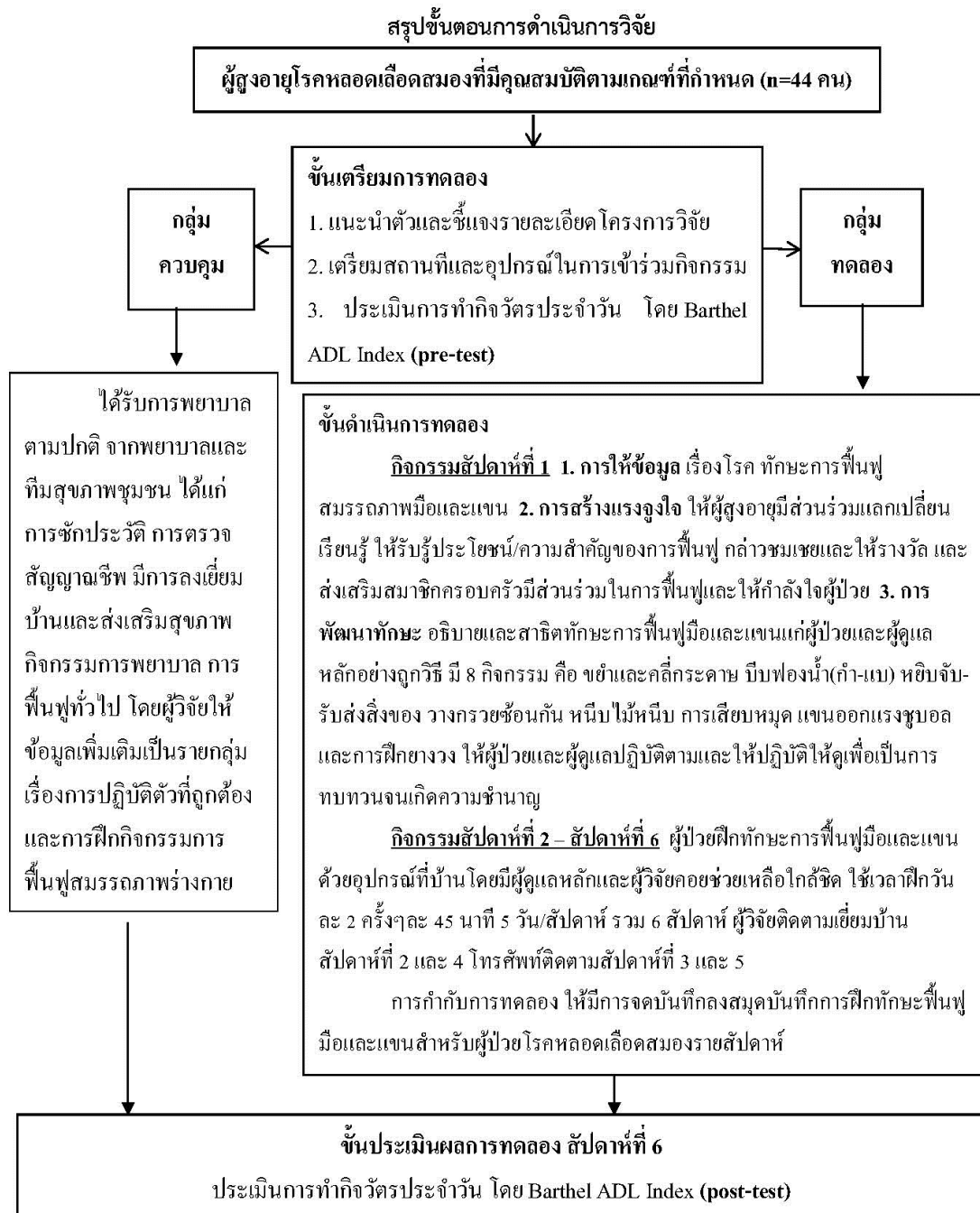
หนึ่งยางวง (ยางรัดของ) พบว่าการใช้กล้ามเนื้อส่วนปลายเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กนี้ในช่วงแรกๆก็มี ความคิดว่าเป็นกิจกรรมที่ยาก รับทราบได้ว่าเกิดเป็นความกังวลในกิจกรรมชิ้นเล็กน้อย แต่เมื่อผู้วิจัย ให้ข้อมูลให้กำลังใจ และลงเฝ้าติดตามกระตุ้นอย่างใกล้ชิด ตลอดจนมีผู้ดูแลคอยกำกับการทำกิจกรรม และช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายลงและพยายามฝึกฝนทักษะฝีกมือ และแขนได้ทั้ง 8 กิจกรรมคล่องแคล่วขึ้น ทุกท่านรับทราบดีว่าต้องพยายามฝึกฝนให้ต่อเนื่อง จนเกิดความชำนาญ อาศัยระยะเวลาในการฝึกเพื่อการหายของมือและแขนที่ดีขึ้น มองที่เป้าหมายให้มือและ แขนหายกลับมาหยิบจับ ช่วยตนเองทำกิจวัตรได้มากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง ตระหนักในการฝึกมากขึ้น

การกำกับการทดลองและผลการกำกับการทดลอง

การกำกับการทดลองโดยให้มีการจดบันทึกลงสมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ สร้างโดยผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยแบบบันทึกการ ปฏิบัติการฟื้นฟูมือและแขน 8 ข้อ ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบโดยการทำเครื่องหมายกากบาทลงในช่องที่ตรงกับ กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในแต่ละวัน วันละสองครั้ง ฝึกนานครั้งละอย่างน้อย 45 นาที นาน 5 วันต่อ สัปดาห์ แต่อย่างน้อยควรฝึกฝนมือและแขนให้ได้ 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ผลจากการกำกับการทดลอง พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองทั้ง 22 คน สามารถลงข้อมูลได้ครบทุกข้อตามแบบประเมิน โดยมี 4 รายที่มีผู้ดูแลหลักช่วยลงข้อมูลให้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสรุป แสดงในรูปภาพที่ 2 ดังนี้



รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบบลักษณะของข้อมูลโดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับ .05

3. ทดสอบค่าเฉลี่ยก่อน - หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับ .05

4. ทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control groups design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อมือและแขน \geq เกรด 3 ที่อาศัยในเขตให้บริการของโรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คนและกลุ่มทดลอง 22 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันด้าน อายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Dependent t-test

ส่วนที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว และความบกพร่องทางกาย (ส่วนมือและแขน) ที่อ่อนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (22 คน)		กลุ่มทดลอง (22 คน)		รวม (44 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	$\bar{x} = 71.77, SD = 6.429$		$\bar{x} = 72.05, SD = 6.765$			
60-64	3	14	3	14	6	14
65-69	5	23	5	23	10	23
70-74	6	27	6	27	12	27
75 ขึ้นไป	8	36	8	36	16	36
เพศ						
ชาย	14	64	14	64	28	64
หญิง	8	36	8	36	16	36
ศาสนา						
พุทธ	17	77	18	82	35	80
คริสต์	-	-	-	-	-	-
อิสลาม	5	23	4	18	9	20
สถานภาพสมรส						
สมรส	3	14	2	9	5	11
โสด	18	82	17	77	35	80
สมรส	1	4	3	14	4	9
หม้าย	-	-	-	-	-	-
หย่า/ แยกกันอยู่						

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (22 คน)		กลุ่มทดลอง (22 คน)		รวม (44 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	9	3	14	5	11
ประถม	13	59	8	36	21	48
มัธยมต้น	2	9	2	9	4	9
มัธยมปลาย	4	18	3	14	7	16
อนุปริญญา	-	-	1	5	1	1
ปริญญาตรี	1	4	5	23	6	14
อาชีพ						
ไม่ประกอบอาชีพ	4	18	1	5	5	11
เกษตรกร	6	27	7	32	13	30
ค้าขาย	7	32	6	27	13	30
รับจ้าง/ก่อสร้าง	4	11	2	9	6	14
ข้าราชการบำนาญ	1	5	5	23	6	14
อื่นๆ	-	-	1 (พระ)	5	1	1
รายได้ของครอบครัว						
น้อยกว่า 5,000	1	4	4	18	5	11
5,001-10,000	18	82	16	72	34	78
มากกว่า 10,000	3	14	2	10	5	11
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
3 เดือน – 1 ปี	15	68	10	45	25	57
> 1 ปี – 2 ปี	7	32	12	55	19	43

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(22 คน)		(22 คน)		(44 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	9	41	4	18	13	30
เบาหวาน	1	5	1	5	2	4
ความดันโลหิตสูง	9	41	11	50	20	46
เบาหวานและ- ความดันโลหิตสูง	3	13	6	27	9	20
ความบกพร่องทางกาย ส่วนมือและแขน(อ่อน แรง)						
ซ้าย	9	41	13	59	22	50
ขวา	13	59	9	41	22	50

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 75 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 36) รองลงมา คือ อายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 27) ในช่วงอายุ 65- 69 ปี (ร้อยละ 23) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 รองลงมา คือ อิสลาม (ร้อยละ 20) สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) สถานภาพโสด (ร้อยละ 11) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 30) เท่ากับอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 30) ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นาน 3 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 57) และนาน 1-2 ปี (ร้อยละ 43) เมื่อพิจารณาด้านโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 46) รองลงมาคือมีทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20) ป่วยเป็นเบาหวานอย่างเดียว (ร้อยละ 4) ด้านความบกพร่องทางกาย (ส่วนมือและแขน)ที่อ่อนแรง กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มมีความอ่อนแรงของมือและแขนทั้งข้างซ้าย และขวามีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และรายได้ต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (22 คน)		กลุ่มทดลอง (22 คน)		รวม (44 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	$\bar{x} = 51.05, SD = 21.373$		$\bar{x} = 52.05, SD = 19.766$			
20-29	5	23	2	9	7	16
30-49	2	9	7	32	9	20
50-69	6	27	8	36	14	32
70-79	8	36	3	14	11	25
80 ขึ้นไป	1	5	2	9	3	7
เพศ						
ชาย	9	41	7	32	16	36
หญิง	13	59	15	68	28	64
สถานภาพสมรส						
โสด	4	18	5	23	9	21
สมรส	18	82	16	73	34	77
หม้าย	-	-	1	4	1	2
หย่า/แยกกันอยู่	-	-	-	-	-	-
อาชีพ						
ไม่ประกอบอาชีพ	3	13	4	18	7	16
เกษตรกร	9	41	4	18	13	30
ค้าขาย	7	32	9	41	16	37
รับจ้าง/ก่อสร้าง	2	9	4	9	6	14
ข้าราชการบำนาญ	1	5	1	5	2	4

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(22 คน)		(22 คน)		(44 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	13	56	9	41	22	50
ลูก	3	14	6	27	9	20
หลาน	2	9	7	32	9	20
ญาติ พี่น้อง	5	21	-	-	5	10
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	2	9	2	4
ประถม	4	18	7	32	11	25
มัธยมต้น	6	27	2	9	8	19
มัธยมปลาย	6	27	7	32	13	30
อนุปริญญา	4	18	1	5	5	10
ปริญญาตรี	2	9	3	13	5	10
โรคประจำตัว						
ไม่มี	13	59	14	63	27	61
เบาหวาน	1	5	6	27	7	16
ความดันโลหิตสูง	5	22	1	5	6	13
เบาหวานและ- ความดันโลหิตสูง	2	9	1	5	3	7
อื่นๆ	1	5	-	-	1	2
รายได้ต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000	4	18	3	14	7	16
5,001-10,000	16	73	5	68	21	15
มากกว่า 10,000	2	9	4	18	6	13

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 64) อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 32) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 25) สถานภาพสมรสพบมากที่สุด (ร้อยละ 77) และโสด (ร้อยละ 21) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 37) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 30) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ สามิภรรยามากที่สุด (ร้อยละ 50) ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมปลาย (ร้อยละ 30) รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 25) พิจารณาโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 36) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 13) มีโรคประจำตัวทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7) ส่วนด้านรายได้ต่อเดือน จำนวนมากที่สุด คือน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 16) รายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 15) และมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 13) ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม/ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน/ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Dependent t-test

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง (n=22)	11.77	1.95	21	16.317	.000
หลังการทดลอง (n=22)	16.68	1.70			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง (n=22)	11.82	1.71	21	3.130	.005
หลังการทดลอง (n=22)	12.14	1.67			

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 11.82 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 12.14 ค่า t- test แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง เท่ากับ 11.77 (SD=1.95) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 16.68 (SD= 1.70) ค่า t- test แสดงให้เห็นว่าคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม (n=22)	11.82	1.70	42	.08	.935
กลุ่มทดลอง (n=22)	11.77	1.95			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม (n=22)	12.14	1.67	42	8.94	.000
กลุ่มทดลอง (n=22)	16.68	1.70			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 11.82$ และ 11.77 ตามลำดับ) ส่วนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 12.14$ และ 16.68 ตามลำดับ; $p < .05$) ซึ่งสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของการทํากิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $.05$

** มีการแสดงผลต่างของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมตารางที่ 8 (ในภาคผนวกหน้า 169)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีกมีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุง ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและยังคงมีการนัดมาตรวจอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรงมากกว่าหรือเท่ากับเกรด 3 ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม

โปรแกรม และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่

กำหนด

กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ซีกซ้ายหรือซีกขวา มีกำลังกล้ามเนื้อมือและแขน (motor power) เท่ากับหรือมากกว่าเกรด 3
2. ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี
3. ระดับความรู้สึกตัวดี รับรู้เข้าใจการติดต่อสื่อสาร ผ่านเกณฑ์ MMSE Thai 2002
4. ไม่มีความผิดปกติของมือและแขนจนเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะ เช่นปวด เกร็ง สั่น กระตุกแตกร้าว มีบาดแผลติดเชื้ หรือมีคำสั่งแพทย์ห้ามในการฟื้นฟูมือและแขน
5. นั่งหรือไขว่ห้างเพียงนั่งสูงได้นานมากกว่า 45 นาที
6. อาศัยอยู่กับครอบครัวมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก
7. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

กำหนดคุณสมบัติผู้ดูแลหลักดังนี้

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว
3. ไม่มีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสาร
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เหนื่อยง่าย คุกคามต่อชีวิต หรือเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังรุนแรงอื่นๆ
5. มีโทรศัพท์ในการติดต่อ
6. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

2. จากเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และนับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน โดยพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้าน อายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ในการทดลองครั้งนี้ผู้สูงอายุสามารถยินดีเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ทุกสัปดาห์

3. อธิบาย ชี้แจงขั้นตอนการทดลอง สอบถามความสมัครใจผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทุกคนที่ยินยอมเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information - Motivation Behavioral Skills Model: IMB model) ของ Fisher & Harman (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ Bobath (1990) ประกอบด้วย 1) แผนการสอนโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง อาจมีผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยยืนยันความถูกต้องของข้อมูลอย่างใกล้ชิดได้

2.2 แบบประเมินการทำกิจกรรมประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ของ Collin et al. (1988) ประเทศไทยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินการทำกิจกรรมประจำวัน Barthel ADL Index โดยสุทธิชัย จิตพันธ์กุลและคณะ (2544) เป็นแบบประเมินในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำกิจกรรมประจำวันใน 24-48 ชั่วโมง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า ลุกจากเตียง เคลื่อนย้ายเดินไปมาในบ้าน เดินขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำ และการกลั่นอุจจาระปัสสาวะได้ ทั้งนี้ได้มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุไทยที่ชุมชนอัครคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง(Content Reliability) และเหมาะสม

สำหรับประเมินระดับ ทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 โดยมีการเกณฑ์แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- 9-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
- 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ สมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นมาเองเพื่อให้ครอบคลุมในเนื้อหา

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 13 ธันวาคม 2557 ถึง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558 ณ เขตพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ (กลุ่มควบคุม) และศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์(กลุ่มทดลอง) อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัย โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแฟ้มเอกสาร คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผ่นสไลด์สำหรับประกอบแผนการสอน (power point)
3. การจัดเตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาของโปรแกรมรวม 6 สัปดาห์ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

เมื่อได้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการมีส่วนร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนตอนยอ อธิบายให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมลงชื่อในใบยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (pre-test)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นประจำอยู่แล้ว

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนตอนยอและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (post-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

จากนั้นหลังการทดลองผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แจกคู่มือของโครงการวิจัยครั้งนี้และสอนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจในการไปฝึกฝนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้วิจัยส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ให้ค่าตอบแทนเล็กน้อยในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมและมอบของที่ระลึก พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม (นัดพบโดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ครั้งละ 5-7 คู่) ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ มีการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนการร่วมทำวิจัย มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนต่างๆร่วมกัน ผู้วิจัยตรวจร่างกายกลุ่มทดลองโดยเน้นการประเมินความบกพร่องของส่วนมือและแขน จากนั้นให้ดูตัวอย่างแบบประเมินต่างๆ อธิบายการตอบแบบประเมินและการใช้คู่มือประกอบการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน รวมทั้งแนะนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจดบันทึกผลสมุดการฝึกทักษะการฟื้นฟูรายสัปดาห์ ขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการ

ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (pre-test) ให้ข้อมูลโดยการบรรยายเรื่องโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน สาธิตการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน การใช้อุปกรณ์ อธิบายให้รับทราบประโยชน์ อุปสรรค มีการสร้างแรงจูงใจโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ดูแลเป็นหลัก ยกตัวอย่างการพูดให้กำลังใจและเสริม สร้างแรงจูงใจ เพื่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นว่ามีคนช่วย เหลือใกล้ชิด ไม่ได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลทดลองฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนโดยให้ทดลองใช้อุปกรณ์ปฏิบัติจริง มีการสาธิตย้อนกลับตัวต่อตัวกับผู้วิจัย ให้ทุกคูฝึกฝนทำซ้ำหลายรอบให้เกิดความชำนาญและมั่นใจว่าตนเองทำได้ถูกต้อง และทดลองเขียนบันทึกลงสมุดกำกับ การฝึกทักษะรายสัปดาห์ แจกคู่มือการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน มอบอุปกรณ์ทุกชิ้นตามคู่มือเพื่อไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 - สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายบุคคล กลุ่มทดลองฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนตามคู่มือการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม ฝึกทักษะโดยใช้มือและแขน 2 ข้างทำงานประสานกัน แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรง เคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง ได้แก่ การวางกรวยซ้อนกัน การเสียบหมุดและฝึกหยิบจับวัตถุขนาดรูปร่างต่างๆ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ หวีลม ขวดน้ำ ฟองน้ำ การขยำและคลี่กระดาษ ไม้หนีบผ้าและลูกบอล เป็นต้น ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักช่วยกันลงบันทึกในสมุดกำกับการทดลอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 2 และ 4 โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 เพื่อรับทราบอุปสรรค ให้คำแนะนำ/ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นเตือน สร้างแรงจูงใจ/ให้กำลังใจ และติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายกลุ่ม (นัดพบโดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งละ 5 - 7 คู่) ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ แบ่งนัดพบเป็นวันละกลุ่มจนครบจำนวน เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (post-test) ตอบแบบประเมินโดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเอง (มีผู้ดูแลคอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างใกล้ชิดได้) สร้างแรงจูงใจโดยการประกาศชื่นชมผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือและมีการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง จนเห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมฯมีการฟื้นฟูหายของมือและแขนชัดเจน สามารถทำกิจวัตรช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เพื่อเป็นแบบอย่างให้ท่านอื่นได้รับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และเป็นกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่องต่อไป เก็บรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ให้คำตอบแทนเล็กน้อยในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมและมอบของที่ระลึก ชี้แจงการสิ้นสุดการทดลองและขอบคุณ

ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใน 6 สัปดาห์ เพื่อเก็บข้อมูลเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ตรวจสอบบลักษณะของข้อมูลโดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับ .05
3. ทดสอบค่าเฉลี่ยก่อน - หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับ .05
4. ทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากผลคะแนนค่าเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนตามแนวคิดของ Fisher and Harman (2003) ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย **การให้ข้อมูล** (Information) เป็นวิธีการที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่การให้ข้อมูลเรื่องโรค หลักการและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลครบถ้วน สมองจะมีการรับรู้จดจำสิ่งเหล่านั้นไว้ต่อมาจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยจะส่งข้อมูลที่เรียนรู้มาในรูปแบบกระแสประสาทจากบริเวณส่วนกลางที่มีอวัยวะเชื่อมโยงความรู้สึกต่างๆ เช่นการได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่น รับรสและการสัมผัส (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน สมองจึงมีการรับรู้ นึกคิด ตระหนักรู้ในการฟื้นฟูมือและแขนว่าจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเอง เกิดการฟื้นฟูหายของมือและแขนได้ใกล้เคียงปกติ กลไกของสมองจึงสั่งการให้คิดตัดสินใจและอยากที่จะปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นข้อมูลป้อนปัจจัยแรกที่มีผลโดยตรงต่อการ

กระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับภรรยา อิมโธฐ (2550) พบว่าปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของตนเองและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการได้รับข้อมูลเรื่องโรคและหลักการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค สถานภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการได้รับข้อมูล ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าของโรคในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินเมื่อได้รับข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกิดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น **การสร้างแรงจูงใจ (Motivation)** มีการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจทางสังคมเกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคม ครอบครัวที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน จะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการเชื่อมั่น มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาความบกพร่องของสุขภาพหรือภาวะเรื้อรังจากโรค มีการกล่าวชมเชยและให้รางวัล ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดี มีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (Friedman et al., 2008) เป็นปัจจัยนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูมือและแขน การรักษาหรือการพยาบาลต่างๆอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนตระหนักในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลการดำเนินโรคไปในทางที่ดีถือเป็นการแสดงพฤติกรรมดีหรือพฤติกรรมในทางบวก โดยถือว่าบุคคลกรทางสุขภาพ ครอบครัวและญาติเป็นแรงจูงใจหลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของวิณา ลิ้มสกุล (2545) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หากผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัว หรือสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ และมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง (Lunnela et al., 2011) สอดคล้องกับภรรยา คงหอม (2546) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการสนับสนุนให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลหลักคอยดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นและเป็นกำลังใจในการดำรงชีวิตหรือดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น และสอดคล้องกับชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ (2557) พบว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองด้านการฟื้นฟู

สมรรถภาพร่างกายได้ดีขึ้น มีกำลังใจในการใช้ชีวิตหรือการดำรงชีวิตที่ดีมากขึ้น **ส่วนการพัฒนาทักษะ (Behavioral skill)** เป็นการปฏิบัติทักษะเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย มีการปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ประกอบด้วยการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนจนเกิดความชำนาญและไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มั่นใจในการปฏิบัติว่าสามารถทำได้ถูกต้อง มีความพึงพอใจเมื่อทำได้สำเร็จ (Fisher et al., 2003) การพัฒนาทักษะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการกระทำ (Bandura, 1997) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับเพ็ญศรี สิริวรารมณ (2550) ซึ่งศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายที่อ่อนแรงให้กลับคืนมา (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2541) โดยเน้นศักยภาพทางด้านการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (วิภาวรรณ ลีลาสำราญและชอลดา พันธุเสนา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของบรรณวรรณ หิรัญเคราะห์ (2549) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหว พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ Bobath (1990) กล่าวคือการฝึกทักษะการใช้มือ (Hand function) เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟูตัวมีเป้าหมายเพื่อการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดจนสามารถใช้มือและแขนข้างที่อ่อนแรงทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงปกติ อธิบายได้ดังนี้คือ Bilateral Activities คือการฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยการใช้สองมือประสานกันทำกิจกรรม วิธีนี้ช่วยเพิ่มการรับรู้ลึกของร่างกายข้างอัมพาตที่อ่อนแรง มีการกระตุ้นให้เกิดเคลื่อนไหวแบบมีเป้าหมาย และลดอาการเกร็งของผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงร่างกายส่วนบน การทำกิจกรรมในระยะแรกอาจให้แขนข้างอัมพาตเคลื่อนไหวแบบ Passive movement ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวมือและแขนข้างอ่อนแรงได้ดีขึ้นจึงให้เคลื่อนไหวโดยพยายามออกแรงมือและแขนข้างที่อ่อนแรงมากขึ้น Repetitive Activities คือหลักการฝึกทักษะ

ฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยการฝึกกิจกรรมเหล่านั้นซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิมเป็นการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ ในช่วงแรกๆของการทำกิจกรรมหรือฝึกทักษะนั้นจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือได้บ้าง ต่อมาให้ผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมด้วยตนเองมากที่สุด (Bobath, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา แก้วเฉย (2552) พบว่า การฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสเซอร์รี่ต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยฝึกกิจกรรมที่ฝึกมือผู้สูงอายุมีแรงบีบมือและความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ Woldag et al. (2003) พบว่าการฝึกการเคลื่อนไหวมือและแขนตามหลักการ repetitive training มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อเนื้อมือและแขนที่ดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยการหยิบจับสิ่งของได้ดีขึ้น สอดคล้องกับสวิตา ธรรมวิถิ (2545) ศึกษาการฝึกกล้ามเนื้อมือและแขนโดยใช้เทคนิคการจำกัดการเคลื่อนไหวแขนข้างที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง พบว่าหลังการทดลองมือและแขนมีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น ด้วยกระบวนการดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนและความรู้ต่างๆอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการนำแนวคิด The Information-Motivation Behavioral skills Model ของ Fisher et al., (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ Bobath (1990) เป็นโปรแกรมที่มีผลต่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนได้จริง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเอง การฟื้นฟูมือและแขน หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ได้รับการสนับสนุนและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ตลอดจนมีทักษะในการฟื้นฟูมือและแขนที่ถูกต้อง ปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสอนแนะถือเป็นการให้ความรู้หรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ข้อต่างๆช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพส่วนที่เกิดการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และสอดคล้องกับ Holmquist et al. (1998) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 35 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Mayo et.al (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการฟื้นฟูที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน จึงเห็นความแตกต่างชัดเจน โดยพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิด The Information-Motivation Behavioral skills Model ของ Fisher et al., (2003) ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ Bobath (1990) มาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กล่าวคือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมทั้งด้านอาหารและการออกกำลังกายต่างๆไป มีการประสานงานกับศูนย์แพทย์ชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ติดตามวัดสัญญาณชีพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการไปรับยาที่โรงพยาบาลและการตรวจ

ตามแพทย์นัด ซึ่งพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมการวิจัยกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตามแม้ว่าคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันจะดีขึ้นแต่คะแนนยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลโรค การฝึกทักษะโดยใช้มือและแขนทั้งสองข้างทำงานออกแรงให้ประสานกัน ใช้แขนข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรง เคลื่อนไหวมือและแขนไปในทิศทางต่างๆ ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาและแนวเฉียง ฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กที่มือและแขนโดยการวางกรวยพลาสติกซ้อนกันสลับกับเสียบหมุด และฝึกหยิบวัตถุขนาด รูปทรงต่างๆ เช่น ซ้อน หวี แก้วน้ำ จับขวดน้ำ ฟองน้ำ (บีบ กำแบ) ขยำและคลี่กระดาษ ใช้ไม้หนีบผ้า กางเกง ยางรัดของ บีบจับลูกบอล เป็นต้น รวมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม โดยฝึกปฏิบัติทำซ้ำๆ วันละ 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก วัสดุอุปกรณ์หาได้ง่ายหรือมีอยู่เดิมในบ้าน ราคาไม่แพงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ฝึกมือและแขนได้ สามารถทำได้ทุกเวลาที่บ้านของตนเอง มีการฟื้นฟูมือและแขนอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนชัดเจนอีกทั้งยังได้รับการติดตามกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยและมีผู้ดูแลหลักคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามด้านความรู้และการปฏิบัติ มีการสอนในกรณีที่ยังมีความรู้หรือการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ได้รับแรงกระตุ้นและมีการเสริมแรง สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จึงเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการฟื้นฟูมือและแขนที่เข้มข้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนว่ากลุ่มทดลองได้รับผลลัพธ์ คือ มีคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 82) มีผู้ดูแลซึ่งเกี่ยวข้องเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 56) และลูก (ร้อยละ 14) ซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่นี้อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลตนเองและการฝึกออกกำลังข้างที่บ้านในบางเวลา ตลอดจนคนในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการฝึกออกกำลังกายต่างๆ สามารถเตือนหรือกระตุ้นให้ปฏิบัติได้มากขึ้น (วิณา ลิ้มสกุล, 2545;เดือนเพ็ญ ตั้งจิตเมตตาจิตกุล, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตนา สมณี (2540) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านอย่างมีนัยทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 27) และประถมศึกษา (ร้อยละ 18) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการรับรู้ข้อมูล และการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนนั้นต้องอาศัยความสามารถในการรับฟัง เข้าใจ

ภาษา สามารถสื่อสารอ่านออก เขียนได้ เพื่อรับทราบข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ ถูกต้องมากที่สุด เกี่ยวกับโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Baker, 2000) ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 68 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 45) มากกว่า 1 ปี- 2 ปี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 7 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 55) อธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่า ถือเป็นช่วงแรกของระยะฟื้นฟูสภาพอาจส่งผลต่อการตอบสนองจากการได้รับการพยาบาลปกติได้ผลดี (Sven et al., 2006)

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 13 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 27) ซึ่งการมีโรคประจำตัวทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีการดูแลใส่ใจตนเองได้มากขึ้น (อนูรี ชาญธวัชชัย, 2542) และจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุมไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 13 (ทดลอง ร้อยละ 18) ทำเกษตรกร ร้อยละ 41 (ทดลอง ร้อยละ 18) กล่าวคือผู้ดูแลหลักเป็นผู้สนับสนุนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งการว่างงาน ไม่ประกอบอาชีพ หรือประกอบอาชีพเกษตรกรนั้น ส่วนใหญ่จะใช้เวลาทำงานที่บ้านของตนเองอาจช่วยให้สามารถแบ่งเวลามาดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เต็มที่และใกล้ชิดมากกว่า (รุจิรา คำสาร, 2553) ในด้านความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมร้อยละ 56 เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย (ทดลอง ร้อยละ 41) ลูก ร้อยละ 14 หลานร้อยละ 9 และเป็นญาติพี่น้องร้อยละ 21 กล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ สัมพันธภาพของครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง และความใกล้ชิดจะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และรับฟังการตัดสินใจ รวมทั้งเป็นเป้าหมายและเป็นกำลังใจที่ตีเกกันและกันได้ (Wallace, 2008)

แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน แต่อาจมีความสนใจศึกษาข้อมูลมาจากแหล่งอื่นได้ หรืออาจได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาบ้าง อาจเป็นความรู้เดิมจากการได้รับสอนสาธิต วางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพัทลุง หรือได้รับการกระตุ้นเตือนให้ดูแลตนเอง มีการย้ำเตือนให้ไปตรวจตามนัด ฝึกฝน ฝึกออกกำลังกายที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ให้ความรู้ต่างๆไปโดยทีมเยี่ยมบ้านของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนก็เป็นไปได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่ม

ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนมีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา ชัยยศ (2552) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย โดยใช้แนวคิด IBM พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจากการศึกษาของ Gavgani et al. (2010) ศึกษาผลของ IBM model ในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองและค่า HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม IBM model มีการดูแลตนเอง การดูแลด้านอาหาร และการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเตียนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตกุล (2554) พบว่าโปรแกรม IBM ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติหรือการสร้างความร่วมมือในการรักษา โดยการใช้ IBM model เป็นพื้นฐานที่มีประสิทธิผลและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันที่สูงนี้คาดว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้าของโรคในทางที่ดีขึ้น ดำรงชีวิตในสังคม ครอบครัว อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้และมีความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเองมากขึ้น สามารถเป็นบุคคลตัวอย่างแก่ผู้อื่นหรือผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ที่พัทลุง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำไปใช้ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดมาตรฐานการพยาบาล สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุในชุมชนให้นำผลการวิจัยไปใช้เพื่อให้บริการเชิงรุกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนำแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมาประยุกต์ใช้ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปรับปรุงระบบการให้บริการทางการพยาบาลต่อไป เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและลดอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ตลอดจนเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อระบบสาธารณสุขต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต่างๆ สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สร้างความตระหนักในการฝึกฝนทักษะการฟื้นฟูจนมีความชำนาญและปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลดีต่อสุขภาพ มีการฟื้นฟูหายจากโรค เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองดีขึ้น ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

3. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำองค์ความรู้ใหม่ ๆ มาร่วมกันรณรงค์หรือให้บริการเชิงรุก เช่นการสร้างสื่อสิ่งพิมพ์ การสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อความยั่งยืนของกิจกรรม รณรงค์ให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวหรือประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่างๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยอาจแบ่งช่วงเวลาของการติดตามประเมินผลเป็นทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามการเกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนให้เห็นผลเชิงประจักษ์ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรนำวิธีการวิจัยของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนไปใช้ในโรงพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกกิจกรรมบำบัด/กายภาพบำบัด หรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ในชุมชนที่แตกต่างกันไป โดยใช้กลยุทธ์การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนต่างๆ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้โดยทั่วไปทุกแห่ง

3. ควรมีการศึกษาการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคอื่น เช่น ผู้สูงอายุโรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม หรือโรคปอด เบาหวาน เป็นต้น เพื่อประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคอื่นๆ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรที่แตกต่างกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมล สุกิน และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). *ด้วยรักและกตัญญูสู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน*.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). *การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. [Online]

Available from

http://www.rehabmed.or.th/royal/rc_thai/news_detail.php?news_id=207.

[15 ธันวาคม 2556].

กรรณิกา คงหอม. (2546). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล*

สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับ

การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรมควบคุมโรค. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554*. [Online]

Available from <http://www.boe.moph.go.th/>. [10 ธันวาคม 2556]

กฤษดา ศิรามพุช. (2549). *อายุยืนกำหนดได้. พิมพ์ครั้งที่ 1. ใกล้เคียง*. กรุงเทพฯ.

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี:

สำนักงานวิจัยระบบสุขภาพประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ:

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น. พี. เพรส.

จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน*

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). *ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด*

สมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จารึก ธาณิรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ . (2544). ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. (2542). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ (Integrative rehabilitation medicine)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2549). โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมอง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 50(10): 707-725.
- ทศพร บรรยมาก. (2551). กิจกรรมบำบัดในโรคหลอดเลือดสมอง. ใน พิศักดิ์ชินชัย และทศพร บรรยมาก (บรรณาธิการ). *กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบประสาท*. พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 122-143. เชียงใหม่: ยูโรปา เพลส.

- นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพสุดา ลาภภักดิ์ และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่อาศัยในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทยา แก้วเฉย. (2552). ผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). ผลของการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนตรนภา คู่พันธ์. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บรรณทวารณ ทิรัญเคราะห์. (2551). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2553). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประกอบพร ทิมทอง. 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยะภัท พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2550). ปัญหาของแขนและมือ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์

- (บรรณาธิการ.), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. หน้า 129-157. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งตีพิมพ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิศศักดิ์ ชินชัย, ทศพร บรรยมาก และนที จินดาคำ. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก*. โครงการตำราคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี สิริวรารมณ (2550) *ศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภรภัทร อิมโธฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภัครวินทร์ ภัคภิรมณ. (2550). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1 . เครือแก้ว*. กรุงเทพฯ.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา คำสาร. (2553). *การพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. ใน การประชุมวิชาการด้านการฟื้นฟูเนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. หน้า 126. นนทบุรี: ฟันนี้ พับบลิชซิ่ง.
- โรงพยาบาลพัทลุง. (2556). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพัทลุง กระทรวงสาธารณสุข.
- ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). *เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน*. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 30(4) : 6-14.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ*. บุญศิริการพิมพ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2552.

- วรรณภา ศรีโสภาน,นันทวัน ปิ่นมาศ และสาธิตีย์ พันธุ์กนกพงศ์. (2555). ผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังโดยนักกายภาพบำบัด. *พุทธชินราชเวชสาร* 29 (2): 190-197.
- วาธินี คชมาชัย. (2543). ศึกษาแนวความคิดการพยาบาลครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล และครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้สูงอายุ. *รามาริบัติสาร* 6(3): 231-236.
- วิภาวรรณ ลีลาสสำราญ และช่อลดา พันธุ์เสนา. *การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางระบบประสาท*. ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์). หน้า 214-223.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิชัญ กัมมรทิพย์. (2550). ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ.พิมพ์ครั้งที่ 1. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ.), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. หน้า 95-128. กรุงเทพฯ: งานตาราวารสารและสิ่งตีพิมพ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. พิมพ์ครั้งที่ 1. การพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: N P Press.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. (2552). *คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศรีสุดา เจียรรัตน์. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภิพันธ์ โสรัตน์ดา. (2553). *การประชุมวิชาการด้านการฟื้นฟู เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ศูนย์ลิริณธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*. นนทบุรี: ฟีนี พับลิชชิ่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2545). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์: การพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โทลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 4(2):36-52.
- สมศักดิ์ ชุมทรัพย์. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 และ 2551. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). [Online] Available : <http://>

www.thaitgri.org/images/stories/report/51/tha/awOldman 2551.pdf.

[13 สิงหาคม 2553]

สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ:

ชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย.

สถาบันประสาทวิทยา. (2554). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2556). *เอกสารประกอบการอบรมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2556 เรื่องการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมอง*. โรงแรม ตะวันนา กรุงเทพฯ: 11-12 กรกฎาคม 2556.

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. [Online] Available from <http://www.rehabmed.or.th>

[10 กุมภาพันธ์ 2557]

สวิตา ธรรมวิถี. (2545). *ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาเวชศาสตร์การกีฬาคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจรรยา วิรุฬราช. (2550). *โรคหลอดเลือดสมอง การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 21(3): 80-93.

สุดธิดา รัตนสมาน. (2542). *การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โอลิมปิก พับลิชชิง.

สุนุดตรา ตะบูนพงศ์. (2555). *กรณีศึกษาการดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 13(1): 61-71.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2546). *ร้อยเรื่อง ร้อยโรค: อัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์. (2555). คุณทำได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน: การฝึกบริหารมือและแขนโดยใช้อุปกรณ์ง่ายๆ.[ออนไลน์] แหล่งที่มา
<http://www.doctor.or.th/article/detail/14579> [12 มีนาคม 2557].
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสธรรญา สุตสาระ. (2547). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หนึ่งฤทัย บุตรมา. (2553). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกในระยยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนูรี ชาญธวัชชัย. (2542). ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ 3 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารมณ บัญเกิด. 2540. ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาริยา ชัยยศ. (2552). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมพร สุกุลแก้ว. (2551). 5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

ภาษาอังกฤษ

- Adams, H. P. et al. (2003). *A guide to stroke risk factors and treatment*. [Online] Available from <http://www.strokecenter.com> [22 Jan 2014]
- American Heart Association. (2003). Heart and stroke facts. [Online] Available from <http://www.americanheart.org> [20 March 2014].
- American Heart Association. (2007). *Heart disease and stroke statistics-2007 update*. [Online] Available from <http://circ.ahajournals.org/content/115/5/e69.full>. [10 January 2014].
- American Heart & Stroke Association. (2013). *Heart Disease and Stroke Statistical: 2014 Statistical Update*. [Online]. Available from <http://www.heart.org/HEARTORG/General/Heart-and-Stroke-Association-Statistics>. [6 January 2014].
- Astrom, M., Asplund, K. & Astrom. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 23:527-531.
- Bakas, T., et al. (2002). Needs, concerns, strategies and advice of stroke caregivers the first 6 Month a after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing* 34: 242-252.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: social cognitive theory*. Engle New Jersey: Wood Cliffs.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A. et al. (2010). *The association between age and health literacy among elderly persons*. *Journal of Gerontology series B: Psychological sciences and social sciences* 55: s368-s374.
- Berger, K. & Williams, M. B. (1992). *Fundamental of Nursing: Collaborating for optimal health*. 4th ed. New Jersey: Englewood cliffs.
- Black, J. M. & Matassarini-Jacoba, E. (1993). *Luckmann and Sorensen medical surgical nursing : A psychophysiological approach*. 4th ed .Philadelphia: W.B. Saunders.

- Broderick, J. P., et al. (1999). Guidelines of management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 30: 905-915.
- Broning & Hogstel. (1994). *Family support: Nursing Care of the Older Adult*. 3rd ed. New York:Delmar, 406 – 434.
- Bobath, K. & Bobath, B. (1990). *Adult hemiplegia: Evaluation and treatment / Berta Bobath*. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Brandstater, M. E. (2005). *Stroke rehabilitation*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Burns, N. & Grove, S.K. (1997). *The principle of nursing research: conduct, critique and utilization*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Chemrinski, E., Robinson, R. G. & Koscir. (2001). Improved recovery activities of daily living associated with remission of post stroke depression. *Stroke* 32: 113-117.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies* 10(2), 61-63.
- Corman, D. H., et al. (2007). An Information-Motivation Behavioral skills (IMB Model) model – base HIV prevention intervention for truck drivers in India. *Journal of Social Science and Medicine* 64(8): 1572-1584.
- Dearborn, L. J. & McCullough, D. L. (2009). Perception of Risk and Knowledge of Risk Factors in Women at High Risk for Stroke. *Journal of the American Heart Association* (40):1181-1186.
- Ebersole, P.G., Hess, P., Touhy, T. and Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing Health Aging*. Philadelphia: Mosby.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D. & Harman, J. (2003). *The Information-Motivation Behavioral skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior*. In: Suls, J., Wallston, K. A., Social Psychological Foundation of Health and Illness. Blackwell Publishing. [Online] Available from <http://books.google.com/books? : 82-106>. [20 Dec 2013]

- Friedman, E. E., et al. (2008). Glucoma and Quality of life. *American Academy of Ophthalmology* 115: 233-238.
- Frizzell, J. P. (2005). Acute stroke: Pathophysiology diagnoses and treatment. *AACN Clinical Issues* 16(4): 421-440.
- Garrett, C. G. & Bechtel, G. A. (1996). The efficacy of Bobath neurodevelopmental intervention at home for patients after postcerebrovascular accidents. *Home Healthcare Nurse*, 14 (6): 435-440.
- Gavani, R. M. et al. (2010). *Effectiveness of IMB model in improve self-care behavior and HbA1c measure in adults with type2 diabetes in Iran-Tabriz*. *Procedia Social and Behavioral sciences* 5 : 1868-1873.
- Gialanella, B., Santoro, R., & Ferlucci, C. (2013). Predicting outcome after stroke: the role of basic activities of daily living predicting outcome after stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 49(5): 629-637.
- Granger, C.V., Albrecht, G. L. & Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSE profile and the barthel Index. *Archives of physical and medical Rehabilitation* 60: 145-154.
- Grant, J. S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Health Care Nurse* 14(11): 893-902.
- Hafsteiinsdttir, T. B. & Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 26: 580-588.
- Han, B. & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patient with stroke review and analysis. *Stroke* 30: 1478-1485.
- Hicky, J. V. & Hock, N. H. (2003). *Stroke and other cerebrovascular disease*. 5th ed. Philadelphia: Lippicott.
- Holmvist, L. D., et al. (1998). A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockhoim (Electric Version). *Stroke* 29: 591-597.

- Hock, N. H. (1999). Brain attack the stroke continuum. *Neuroscience Nursing for a New Millenium* 34(3): 689-732.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 23(2): 97-101.
- Katz, S. & Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and direction. *Journal of the American Geriatric Society* 37: 267-271.
- Kwakkel, G., & Kollen, B. J. (2013). *Predicting activities after stroke: what is clinically relevant?* *International Journal of Stroke* 8(1): 25-3
- Kumlien, S. & Axelsson (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing* 11: 498-509.
- Lawton, M. D. & Brudy, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Journal of Gerontology* 9: 179-186.
- Lindelof, N., Rosendahl, E., Gustafsson, S., Nygaard, J., Gustafson, Y. & Nyberg, L. (2013). Perceptions of participating in high-intensity functional exercise among older people dependent in activities of daily living (ADL). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 57(3): 369-376.
- Lunnela, J., Kaariainen, M., and Kyngas, H. (2011). Adherence of Finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factors. *International Journal of Circumpolar Health* 70(1): 79-89.
- Mann, P.S. (2001). *Introductory Statistics*. 4th ed. New York : John Wiley and Sons.
- Mayo, N. E., et al. (2000). There is no place like home and evolution of early support discharge for stroke. *Stroke* 31: 1016-1023.
- Montout, V. et al. (2008). Stroke in elderly patients: Management and prognosis in ED. *American Journal of Emergency Medicine* 26: 742-749.
- Nakagawa-Kogan, H. & Betrus, A. P. (1996). Self-mangement: a nursing mode of Therapeutic influence. *Advance in Nursing Science* 6(4): 55-73.

- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2007). *What is stroke?*
[online] Available from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>
[20 Feb 2014].
- Neal, L.J. (1998). Current function assessment tools. *Home Healthcare Nurse* 16(11):
766-772.
- Oberst, M. T. (1991). Caregiving demands and appraisal of stress among family
caregivers. *Cancer Nursing* 12: 209-215.
- Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Karppi, S.L., Hinkka, K., Pontinen, S. (2008). Network based
Rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons
in Finland: randomized controlled trial. *Health Social Care Community
Journal* 16(2): 115-125.
- Pang, Y. Marco, Jocelyn E. Harris and Janice J. Eng. (2006). A Community-Based Upper-
Extremity Group Exercise Program Improves Motor Function and Performance
of Functional Activities in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial.
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 87(1): 1-9.
- Passalla, P. & Gee. Z. (1998). Starting right after stroke. *American Journal of Nursing*,
June: 802-807.
- Phipps, M. A. (1991). Assessment of Neurologic deficits in stroke: Acute-care and
Rehabilitation implications. *Nursing Clinics of North America* 26(4):957-970.
- Pinter, M. M., & Brainin, M. (2012). Rehabilitation after stroke in older people.
Maturitas 71(2): 104-108.
- Pierce, L. L., Gordon, M. F. and Steiner, V. (2004). Family dealing with stroke desire
information about self care needs. *Rehabilitation Nursing* 29: 14-17.
- latz, T., Eickhof, C., van Kaick, S., Engel, U., Pinkowski, C., Kalok, S., & Pause, M.
(2005). Impairment-oriented training or Bobath therapy for severe arm paresis
after stroke: a single-blind, multicentre randomized controlled trial. *Clinical
Rehabilitation* 19(7): 714-724.

- Polit, D.F., and Beck, C. T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Ragsdale, D. Yarbough, S. & Lasher, A. V. (1993). Using social support theory to care for CVA Patients. *Rehabilitation Nursing* 18(3): 154-161.
- Reinhard, S. C. (1994). Perspective on the familys caregiver experience in mental illness image. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(1): 70-74.
- Robinson Smith, G. & Mohoney,C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing* 27: 83-89.
- Sabini, R. C., Dijkers, M. P., & Raghavan, P. (2013). Stroke survivors talk while doing: development of a therapeutic framework for continued rehabilitation of hand function post stroke. *Journal of Hand Therapy* 26(2): 124-130.
- Steinberg, F. U. (2000). Rehabilitation the older stroke patient what possible? *Geriatric* 41(3): 85-97.
- Sue R., Linzi M. & Mary L. E. (2009). *Bobath concept: theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Sven, K. S. et al. (2006). Predicting Long-Term Independency in Activities of Daily Living After Middle Cerebral Artery Stroke: Does Information From MRI Have Added Predictive Value Compared With Clinical Information? *Journal of American Heart Association* 37:1050-1054.
- Smith, S., Duell, D. & Martin, B. C. (2000). *Clinical nursing skill: basic to advance skill*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Sosnowski, C. & Ustik, M. (1994). Early intervention: Coma stimulation in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing* 26(6): 336-341.
- Wallace, M. (2008). 11 environment of care. In *Essentials of Gerontological Nursing*. New York: Springer Publishing.
- Watson, L. D. & Quinn, D. A. (1998). Stage of stroke: a model for stroke rehabilitation. *British Journal of Nursing* 7(11): 631-640.

- Winstein, C. J., Rose, D. K., Tan, S. M., Lewthwaite, R., Chui, H. C., & Azen, S. P. (2004). A randomized controlled comparison of upper-extremity rehabilitation strategies in acute stroke: a pilot study of immediate and long-term outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85(4): 620-628.
- Woldag, H., Stupka, K., & Hummelsheim, H. (2010). Repetitive training of complex hand and arm movements with shaping is beneficial for motor improvement in patients after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42(6): 582-587.
- Woodson, A. M. (2002). *Cerebrovascular accident*. 5th ed. Philadelphia: Lippicott.
- World Health Organization. (2012). *World Stroke: WHO's World health statistics?* [Online] Available from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/en/>: [25 Dec 2013]
- World Stroke Organization. (2012). *The World Stroke Campaign (WSC) provides education and support for stroke survivors, families and healthcare professional involved in stroke treatment, management and rehabilitation.* [Online] Available from <http://worldstrokecampaign.org/2012/Pages/Home.aspx>. [24 Dec 2013]
- Xiaoying, L. (1998). *Family social support and self-care ability among stroke survivors*. Unplubished master's thesis in Medical and Surgical Nursing, Faculty of Nursing Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.



ภาคผนวก

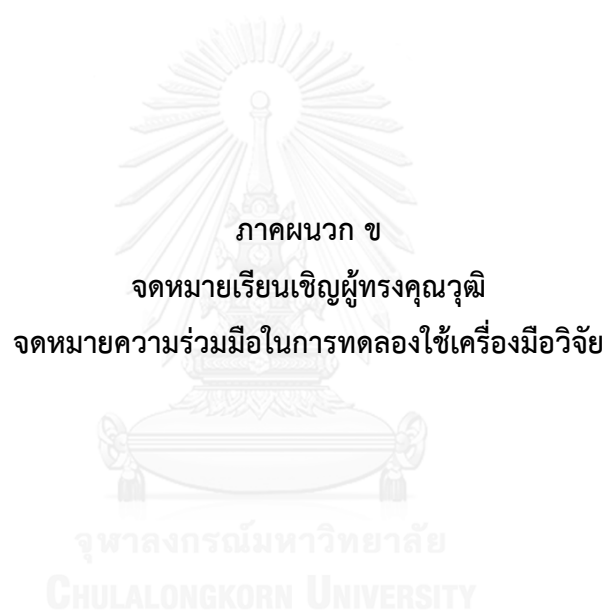
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคทางโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 ท่าน

1. แพทย์หญิงสิริกัลยา พูนผล
นายแพทย์ชำนาญการ งานประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
2. แพทย์หญิงชฎานิน เวชภูติ
นายแพทย์ชำนาญการ งานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ กังใจ
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณดวงเดือน เพื่อยมี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย Stroke Unit สถาบันประสาทวิทยา
5. คุณพรนิภา เอื้อเบญจพล
พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับ 8 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง(APN)



ที่ ศธ 0512.11/๐7๐๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640

ที่ ศธ 0512.11/ 0841



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาล ระดับ 8 หรือผู้ปฎิบัติการพยาบาลในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๑๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3๗ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิง สิริกัลยา พูนผล | นายแพทย์ชำนาญการ งานประสาทวิทยา |
| 2. แพทย์หญิง ชญานิน เวชภูติ | นายแพทย์ชำนาญการ งานเวชกรรมฟื้นฟู |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง สิริกัลยา พูนผล และแพทย์หญิงชญานิน เวชภูติ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640

ที่ ศธ 0512.11/0709



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดวงเดือน เพื่อยมี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย Stroke Unit ในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางดวงเดือน เพื่อยมี
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตฝึกปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูมือและแขน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยงานของท่านมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ตรง เพื่อให้นิสิตได้นำความรู้ใช้ประกอบขั้นตอนของโปรแกรมการทดลอง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตฝึกทักษะกิจกรรมบำบัดการฟื้นฟูมือและแขน ณ ห้องกิจกรรมบำบัด งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในวันพุธและวันพฤหัสบดี ของเดือนสิงหาคม 2557 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อให้นิสิตฝึกปฏิบัติงานตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าหน่วยกิจกรรมบำบัด งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640



ที่ ศส 0512.11/1508

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมีมือและแขนอ่อนแรง จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดดีแอล แผนการสอนโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มทดลอง

(Patient / Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตรา มหาสุข ตำแหน่งนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 2 โรงพยาบาลราชวิถี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400 (หอพักพยาบาล 18 ชั้น ห้อง 808)

(ที่บ้าน) เลขที่ 106 ม. 15 ต. บ้านลำนาอ อ.บางขัน จ. นครศรีธรรมราช 80360

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 ข 0-2354-8108 ต่อ 3634,3638

โทรศัพท์มือถือ 0835252640 E-mail: nok601kowy@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2) เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุงและได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน อาศัยในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรค

หลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรงแรงมากกว่าหรือเท่ากับ เกรด 3 อาศัยในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

4.3 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง

4.4 การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 22 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 22 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีก ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา มีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

จัดกิจกรรมโดยระยะเวลาที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัย 6 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมรายบุคคลโดยผู้ป่วยฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยอุปกรณ์เองที่บ้าน มี 8 กิจกรรม คือ การฝึกขยำและคลี่กระดาษ ฝึกบีบฟองน้ำ (กำ-แบ) ฝึกหยิบจับ รับ-ส่งสิ่งของ ฝึกวางกรวยหรือแก้วน้ำซ้อนกัน ฝึกหนีบไม้หนีบผ้า (ไม้หนีบเล็ก-ใหญ่) ฝึกเสียบหมุด การฝึกประคองแขนข้างอ่อนแรงแรงออกแรงชูลูกบอล ฝึกยางวง(ยางรัดของ) โดยใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ เช้า-เย็น ครั้งละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์โดยมีผู้ดูแลหลักและผู้วิจัยคอยช่วยเหลือใกล้ชิด มีการมอบอุปกรณ์ทุกชิ้นตามคู่มือเพื่อไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 4 (ครั้งละไม่เกิน 20 นาที) โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 (โทรคุยกับผู้ดูแลหลักครั้งละ 3 นาที) ตามลำดับ สัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แบบประเมินและชี้แจงการสิ้นสุดการทดลองและขอบคุณ

โดยกลุ่มทดลองยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติบางส่วน เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การรับยาและมาตรวจตามนัด การฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนขาตามที่ได้รับการสอนตามปกติ เป็นต้น แต่ด้านการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนให้เป็นหน้าที่ของผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของผู้ป่วยและอาจส่งผลกระทบต่อประเมินผลโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ให้ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลแก่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลพัทลุง

6. การใช้เวชระเบียน การวิจัยครั้งนี้เป็นการดูข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งได้รับการอนุมัติจากผู้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพัทลุง เนื่องจากเป็นการประสานงานกับทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น ไม่ได้ต้องการข้อมูลเบื้องต้น

7. ผู้วิจัยคาดว่าจะคงไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส อนุรักษ์เป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และมีการทำลายทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

8. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการได้รับข้อมูลเรื่องโรค มีการสร้างแรงจูงใจโดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม และที่สำคัญได้ทำกิจกรรมร่วมกันในการฝึกพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูของมือและแขน ใช้มือและแขนฟื้นฟูได้ต่อไป และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

9. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ อาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการใด เช่น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น

10. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดการวิจัยและสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 083-5252640

11. การวิจัยครั้งนี้มีการมอบของที่ระลึกที่มีตราสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์ ราคา 25 บาทต่อครอบครัวเป็นสินน้ำใจเพื่อตอบแทน

12. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทันทีโดยไม่ชักช้า

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตประทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@Chula.ac.th

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มควบคุม

(Patient / Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตรา มหาสุข ตำแหน่งนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 2 โรงพยาบาลราชวิถี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400 (หอพักพยาบาล 18 ชั้น ห้อง 808)

(ที่บ้าน) เลขที่ 106 ม. 15 ต. บ้านลำนาอ อ.บางขัน จ. นครศรีธรรมราช 80360

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 ข 0-2354-8108 ต่อ 3634,3638

โทรศัพท์มือถือ 0835252640 E-mail: nok601kowy@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2) เพื่อเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.5 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุงและได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน อาศัยในชุมชนพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลพัทลุง

4.6 กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรค

หลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ มีมือและแขนอ่อนแรงแรงมากกว่าหรือเท่ากับ แกรด 3 อาศัยในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

4.7 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม

4.8 การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 22 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีก ทั้งซีกซ้ายและซีกขวา มีมือและแขนอ่อนแรงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

โดยท่านผู้มีส่วนร่วมของโครงการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งถือเป็นกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ คือสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบ ท่านจะได้รับข้อมูลรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และท่านพิจารณาลงชื่อในใบยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และรับฟังวิธีการตอบแบบประเมิน จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นประจำอยู่แล้ว สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่สิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

6. เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์แก่ท่าน ให้ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ หลังการทดลองผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แจกคู่มือของโครงการวิจัยครั้งนี้และสอนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจในการไปฝึกฝนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

และการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้วิจัยมีการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง

7. ผู้วิจัยคาดว่าจะคงไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ถูกรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

8. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ อาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลประการใด เช่น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น

9. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดการวิจัย และสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 083-5252640

10. การวิจัยครั้งนี้มีการของที่ระลึกที่มีตราสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์ ราคา 25 บาทต่อครอบครัว เป็นสินน้ำใจเพื่อตอบแทน

11. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทันทีโดยไม่ชักช้า

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตประทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@Chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มควบคุม
(Informed consent form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน
ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตรา มหาสุข

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 106 ม. 15 ต. บ้านลำนาว อ.บางขัน จ. นครศรีธรรมราช 80360

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลราชวิถี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ติดต่ออายุรกรรม 6ข 02-3548108 ต่อ 3634,3638

โทรศัพท์มือถือ 0835252640 E-mail: nok601kowy@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยขั้นตอนเป็นวิธีวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยท่านเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมต่อโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ คือสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับข้อมูลรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และท่านพิจารณาลงชื่อในใบยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และรับฟังวิธีการตอบแบบประเมิน จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20 นาที) สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม (1 ชั่วโมง) ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20 นาที) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

ข้อมูลจากการทำวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสารผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้าพเจ้ามีสิทธิในการถอนตัวออกจากงานวิจัย เมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆแก่ตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์แก่ท่าน ให้ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ หลังการทดลองผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเรื่องโรคและแจกคู่มือของโครงการวิจัยครั้งนี้ สอนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนแก่ท่านและผู้ดูแล รวมทั้งมีการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับทีมบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยเท่านั้น หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@Chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว



ลงชื่อ.....

(นางสาวสุจิตรา มหาสุข)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลอง
(Informed consent form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน
ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตรา มหาสุข

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 106 ม. 15 ต. บ้านลำนาว อ.บางขัน จ. นครศรีธรรมราช 80360

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลราชวิถี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ติดต่ออายุรกรรม 6ข 02-3548108 ต่อ 3634,3638

โทรศัพท์มือถือ 0835252640 E-mail: nok601kowy@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการนี้เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ แจ่มวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างแรงจูงใจ และสอนสาธิตทักษะการฟื้นฟูมือและแขนรวมกับการใช้คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการทบทวนกิจกรรมโดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักสาธิตทักษะการฟื้นฟูมือและแขนย้อนกลับ ชี้แจงอธิบายการตอบแบบสอบถามและการใช้สมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนรายสัปดาห์(ใช้เวลา 30 นาที) กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 6 เป็นกิจกรรมรายบุคคลโดยผู้ป่วยฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนด้วยอุปกรณ์เองที่บ้าน มี 8 กิจกรรม คือ การฝึกขยำและคลี่กระดาษ ฝึกบีบฟองน้ำ (กำ-แบ) ฝึกหยิบจับ รับ-ส่งสิ่งของ ฝึกวางกรวยหรือแก้วน้ำซ้อนกัน ฝึกหนีบไม้หนีบผ้า (ไม้หนีบเล็ก-ใหญ่) ฝึกเสียบหมุด การฝึกประคองแขนข้างอ่อนแรงออกแรงชูลูกบอล ฝึกยางวง(ยางรัดของ) โดยใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆ เข้า-เย็น ครั้งละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6

สัปดาห์โดยมีผู้ดูแลหลักและผู้วิจัยคอยช่วยเหลือใกล้ชิด ผู้วิจัยจะติดตามไปเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 และจะโทรศัพท์เพื่อติดตามความคืบหน้าในสัปดาห์ที่ 3 และ 5

ข้อมูลจากการทำวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสารผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้าพเจ้ามีสิทธิในการถอนตัวออกจากงานวิจัย เมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆแก่ตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@Chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวสุจิตรา มหาสุข) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยสร้างเอง)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 แผนการสอนตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 คู่มือการพัฒนาทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ สมุดบันทึกการฟื้นฟูมือและแขนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามด้วยการเติม (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อมูลตามความเป็นจริง

ข้อมูลผู้ป่วย	
1. อายุ	ปี เพศ () ชาย () หญิง
2. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ	โปรดระบุ.....
3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่	
4. จำนวนบุตร	ระบุคน
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน	
	() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
	() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส.
	() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ
6. อาชีพ () ไม่ประกอบอาชีพ	
	() ประกอบอาชีพ
	() เกษตรกร () ค้าขาย
	() รับจ้างทั่วไป/ก่อสร้าง () ข้าราชการบำนาญ
	() อื่นๆ
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวรวมกันต่อเดือน	
	() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท () มากกว่า 10,000 บาท
8. ที่อยู่อาศัย () บ้านของตนเอง () บ้านของลูกหรือหลาน () บ้านของญาติที่	
นั่ง	
	() อาคารพาณิชย์ หรือบ้านเช่า () บ้านพักสวัสดิการ / บำนาญ
	() สถานรับเลี้ยงผู้ป่วยหรือคนชรา () อื่นๆ
9. ระยะเวลาการที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	ปี
10. โรคประจำตัว () ไม่มี () มี	ระบุชื่อโรค.....
11. ความบกพร่องทางกายที่พบเด่นชัด (อาการอ่อนแรง) ระบุ.....	
	กำลังกล้ามเนื้อแขน (เกรต) แขนซ้าย แขนขวา

1.2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามด้วยการเติม (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อมูลตามความเป็นจริง

ข้อมูลผู้ดูแลหลัก	
1.อายุ	เพศ () ชาย () หญิง
2. สถานภาพสมรส จำนวนบุตร	() โสด () สมรส () หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่ ระบุ คน
3. อาชีพปัจจุบัน	() ไม่ประกอบอาชีพ () ประกอบอาชีพ () เกษตรกร () ค้าขาย () รับจ้างทั่วไป/ก่อสร้าง () ข้าราชการ () อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	() สามี/ภรรยา () ลูก / ลูกบุญธรรม ลูกเลี้ยง () หลาน () ญาติพี่น้อง / ลูกพี่ลูกน้อง () เพื่อนบ้าน () ผู้ดูแลที่จ้าง () อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา	() ไม่ได้เรียน () ชั้นประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. โรคประจำตัว	() ไม่มี () มี ระบุชื่อโรค.....
7. รายได้ต่อเดือน	() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท () มากกว่า 10,000 บาท
8. ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ปี
9. ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ หรือความกังวลใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ข้อความในแบบประเมินต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกรกระทำกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง

โปรดเติมเครื่องหมาย (/) ในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความจริง และอาจต้องเขียนระบุลงในข้อมูลที่นอกเหนือหรือต้องการใส่เพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจน สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นดังนี้

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว)

- 0 () ไม่สามารถตักอาหารเข้าทางปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 () ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 2 () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 -48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 () ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 () ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้)

3. Transfer (การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยเหลือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 () ทำได้เอง

4. Toilet Use (การใช้ห้องสุขา)

- 0 () ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 () ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 () เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
- 1 () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 () เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 () เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 () ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1 () ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. () ไม่สามารถทำได้
- 1. () ต้องการคนช่วย
- 2. () ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. () ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. () อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. () กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. () กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. () กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. () กลั่นได้เป็นปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 ตัวอย่างแผนการสอนตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการสอนโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมอง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสาวสุจิตรา มหาสุข

ผู้ช่วย

ศาสตราจารย์ ดร.ทัศนာ ชูวรรณะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สอน นางสาวสุจิตรา มหาสุข

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำนวน 22 คน และผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลาที่สอนและฝึกปฏิบัติ ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง

วิธีการ บรรยายให้ข้อมูล อภิปราย แลกเปลี่ยนและสาธิต ฝึกปฏิบัติตามและทบทวนปฏิบัติให้ผู้

เป้าหมาย ให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูล มีการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขน เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ

1. โรคหลอดเลือดสมอง การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. มีทักษะในการฟื้นฟูมือและแขนอย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้มือและแขนสามารถกลับมาทำหน้าที่หรือใช้งานได้ใกล้เคียงปกติ ตลอดจนสามารถใช้มือและแขนช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพขาต่อไป
3. ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีความตระหนักรู้ในการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

แผนการสอนโปรแกรมการให้ข้อมูล สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพื้นฐานฝีมือและแขนสำหรับ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการ สอน	การ ประเมินผล
1.เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ	กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 : ระบายสี ย่อย (นัดผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลักครั้งละ 5-7 คู่) การสร้างสัมพันธภาพ	ขั้นตอนการสร้าง สัมพันธภาพ - ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวด้วยใบหน้า ยิ้มแย้ม จริงใจ เป็น กันเองและมีท่าที สุภาพ	- บุคคล - power point	- สังเกตการณ์ แสดงออก ความสนใจรับ ฟัง การให้ ความร่วมมือ ในกิจกรรม

ส่วนที่ 2 คู่มือการพัฒนาทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คู่มือ การฟื้นฟูมือและแขน สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในเล่มนี้...โรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร ?

หลักการฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง ...



โดย

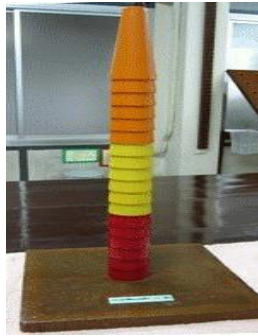
นางสาวสุจิตรา มหาสุข

นิสิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



4.



5.



6.



7.

8. การฝึกขยั้งมัดของ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง)

MMSE – Thai 2002

ID code.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อที่ 4,9 และ10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้อะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5คะแนน)

กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร
- 2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/ย่าน/ถนนอะไร
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณตา,ยาย..... พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้อีก ดิฉันจะถามซ้ำ

*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีตอบแบบสอบถามซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ให้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อที่ 4.2

“ดิฉันสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง...และให้คุณ(ตา,ยาย.....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัว
หลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า สระอะ นอหนู สระอา วอแหวน
คุณ (ตา,ยาย.....) สะกดถอยหลังให้ฟังสิคะ”

5. Recall (3คะแนน)

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีตอบแบบสอบถามซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบและถามว่า “ของชิ้นนี้เรียกว่าอะไร”

.....

6.2 ชี้นำพิกาะข้อ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของชิ้นนี้เรียกว่าอะไร”

.....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อพูดข้อความนี้แล้วให้คุณ(ตา,ยาย.....) พูดตาม ซึ่งจะบอกเพียงทีละคำเดียว”

คือ “ใครใคร่ขายไข่ไก่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังทีละขั้นตอนดิฉันจะส่งกระดาษให้ และให้คุณ(ตา,ยาย....) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่”
(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

.....
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาด A4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบรับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งเขียนหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย.....) อ่านแล้วทำตาม โดยจะอ่านออกเสียงหรือไม่ออกเสียงก็ได้

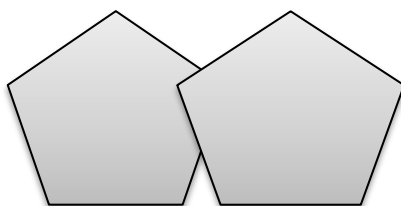
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้

10. Written (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา,ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา
1 ประโยค
ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างข้างล่างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30



แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน (สำหรับผู้วิจัย)

ID Code.....วันที่เยี่ยม...../...../..... สัปดาห์ที่.....

1. การปฏิบัติตามโปรแกรม (สิ่งที่พบระหว่างการเยี่ยมบ้าน)

	รายการที่ติดตามเยี่ยม	สิ่งที่พบขณะเยี่ยมบ้าน	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
1.1	การฟื้นฟูมือและแขน	<input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ	
1.2	การฟื้นฟูมือและแขนโดยการฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ	
1.3	การบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขน(สมุดบันทึก)	<input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ	

2. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรม ดี ไม่ดี

(อธิบาย)

3. มีความรู้สึกว่ามีมือและแขนมีกำลัง แข็งแรง ใช้งานทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ดี (อธิบาย) ไม่ดี (อธิบาย)

4.สรุปปัญหา อุปสรรคที่พบเจอ/ข้อเสนอนแนะ คำแนะนำที่ให้ การสอนทักษะการฝึกเพิ่มเติม





ที่ ศธ 0512.11/JS๐8

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตรา มหาสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมือและแขนอ่อนแรง จำนวน 44 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดัชนีบาร์เรลเอ็ดดีแอล แผนการสอนโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดบันทึกการฝึกทักษะฟื้นฟูมือและแขนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายสัปดาห์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตรา มหาสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สวิต ปรืชางษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรืชางษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

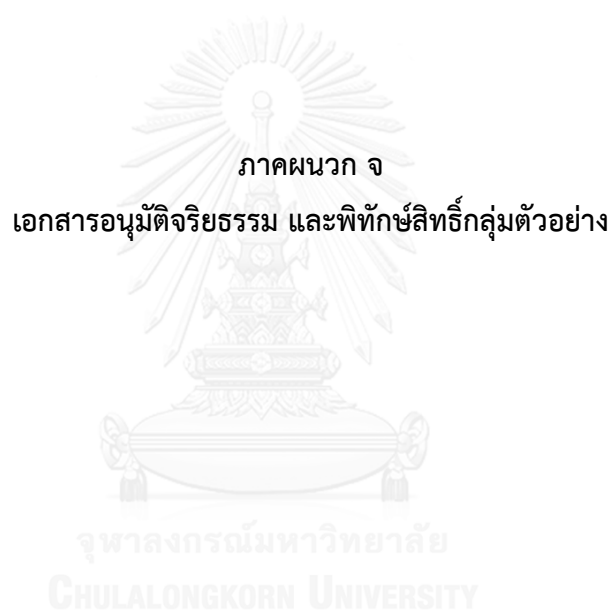
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตรา มหาสุข โทร. 08-3525-2640





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 161/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 140.2/57 : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุจิตรา มหาสุข

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... *Elson Amarakulchai* ลงนาม..... *หิน เวทมนต์*
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 14 พฤศจิกายน 2557

วันหมดอายุ : 13 พฤศจิกายน 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

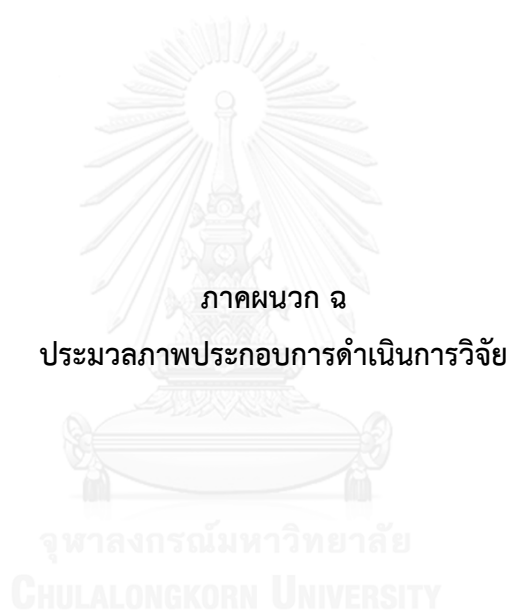
- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 140.2/57
วันที่รับรอง..... 14 พ.ย. 2557
วันหมดอายุ..... 13 พ.ย. 2558

เงื่อนไข

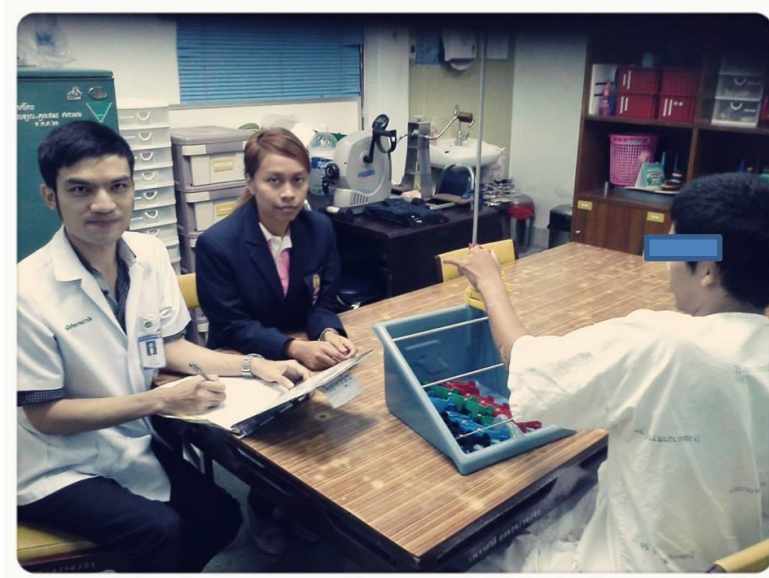
1. ฝ่ายได้รับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้ออกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารอื่นๆเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทกวีต่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทกวีต่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



รูปภาพที่ 3 เตรียมความพร้อมผู้วิจัย

สถานที่ : แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี

กิจกรรม คือ ผู้วิจัยเรียนรู้และฝึกทักษะการทำกิจกรรมบำบัดมือและแขนจากผู้เชี่ยวชาญ



รูปภาพที่ 4 การเตรียมอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการทำกิจกรรม

สถานที่ : โรงพยาบาลพตทลุง ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ



รูปภาพที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านและตรวจคัดกรอง ประเมินร่างกาย
สถานที่ : ชุมชนคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุง



รูปภาพที่ 6 การนัดกิจกรรมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1

กิจกรรม คือ การสอน ให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และฝึกฝนทักษะการฟื้นฟูมือและแขนตามโปรแกรมฯ



รูปภาพที่ 7 การฝึกฝนและสาธิตย้อนกลับกิจกรรมการฟื้นฟูมือและแขนทั้ง 8 กิจกรรมตามโปรแกรมฯ

1) การฝึกขยำและคลี่กระดาษ



2) การฝึกบีบฟองน้ำ (กำ-แบ)



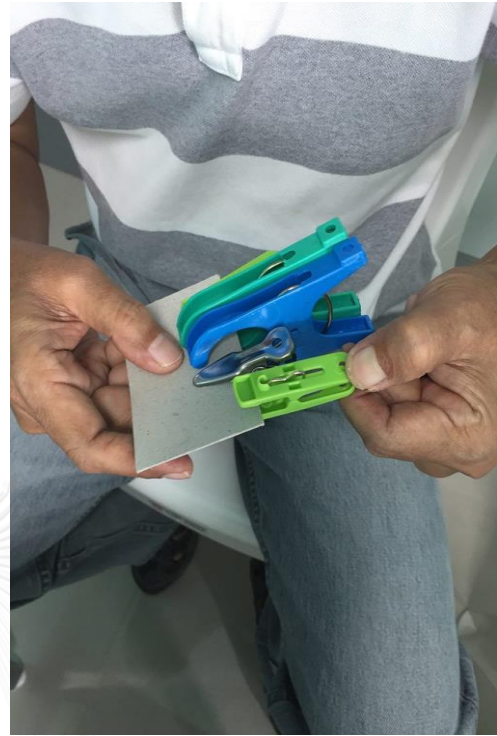
3) การฝึกหยิบจับรับส่งสิ่งของ



4) การวางกรวยหรือแก้วน้ำซ้อนกัน



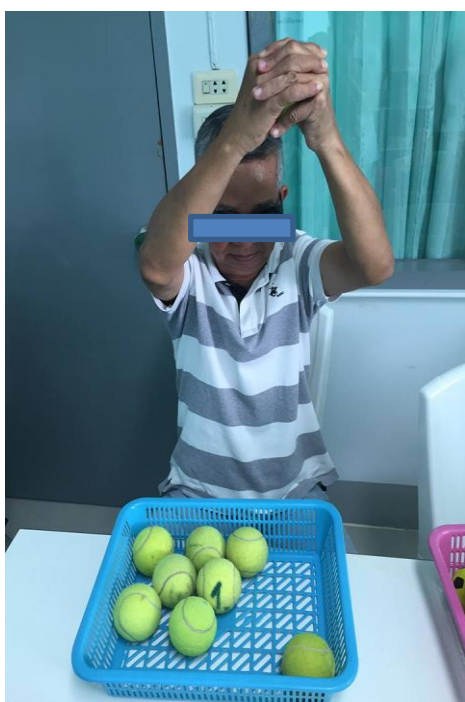
5) การฝึกหนีบไม้หนีบผ้า (เล็ก-ใหญ่)



6) การฝึกเสียบหมุด



7) การฝึกประคองแขนข้างอ่อนแรงออกแรงชูลูกบอล



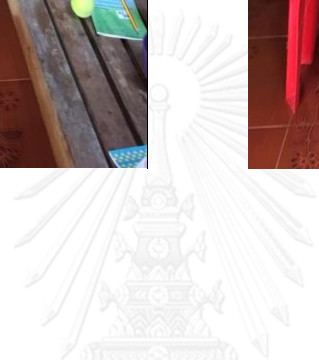
8) การฝึกยางวง (ยางรัดของ)



รูปภาพที่ 8 รวมภาพการลงเยี่ยมบ้าน

กิจกรรม : ให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ สาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการฟื้นฟูมือและแขน โดยมีผู้ดูแลหลักคอยดูแลใกล้ชิด













รูปภาพที่ 9 รวมภาพกิจกรรมกลุ่มย่อย ครั้งที่ 2 และสิ้นสุดการวิจัย



ภาคผนวก ช

ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pairs) ด้านอายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

คู่ที่	อายุ		เพศ		ระยะเวลาการเจ็บป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	74	73	ญ	ญ	1 ปี 2 ด	1 ปี 2 ด
2	80	82	ช	ช	1 ปี 2 ด	1 ปี
3	67	65	ญ	ญ	1 ปี	1 ปี
4	72	72	ช	ช	1 ปี	1 ปี
5	74	74	ช	ช	1 ปี	1 ปี
6	67	68	ช	ช	2 ปี	1 ปี 5 ด
7	66	65	ช	ช	1 ปี	8 ด
8	60	63	ญ	ญ	1 ปี 6 ด	1 ปี 6 ด
9	80	80	ช	ช	8 ด	1 ปี
10	81	80	ญ	ญ	1 ปี 8 ด	2 ปี
11	65	65	ช	ช	1 ปี	1 ปี
12	79	79	ช	ช	2 ปี	1 ปี 5 ด
13	74	74	ญ	ญ	1 ปี	1 ปี
14	76	77	ช	ช	1 ปี 3 ด	1 ปี 2 ด
15	80	80	ญ	ญ	2 ปี	2 ปี
16	72	70	ญ	ญ	1 ปี 3 ด	1 ปี
17	68	68	ช	ช	1 ปี	1 ปี
18	60	60	ช	ช	1 ปี	1 ปี
19	78	75	ช	ช	2 ปี	2 ปี
20	78	75	ญ	ญ	1 ปี 5 ด	1 ปี 2 ด
21	62	64	ช	ช	2 ปี	1 ปี 5 ด
22	72	70	ช	ช	1 ปี	1 ปี

ภาคผนวก ฅ

ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One – Sample Kolmogorov - Smirnov Test



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One – Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

		ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของกลุ่ม ควบคุม	ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของกลุ่ม ทดลอง
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	12.14	16.68
	Std. Deviation	1.670	1.701
Most Extreme Differences	Absolute	.197	.190
	Positive	.172	.111
	Negative	-.197	-.190
Kolmogorov- Smirnov Z		.926	.891
Asymp. Sig. (2- tailed)		.358	.406

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 7 ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 22 คน กลุ่มทดลองเท่ากับ 22 คน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.14 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 16.68 คะแนน ส่วนเบี่ยงมาตรฐานกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.670 ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.701 ค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z กลุ่มควบคุมเท่ากับ .926 กลุ่มทดลองเท่ากับ .891 ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) กลุ่มควบคุมเท่ากับ .358 กลุ่มทดลองเท่ากับ .406 ผลการทดสอบการแจกแจงคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ

ภาคผนวก ญ
ตารางแสดงผลต่างของคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อน-
หลังการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 ตารางแสดงผลต่างของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง (หลัง-ก่อน)	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง (หลัง-ก่อน)
1	12	18	6	12	12	0
2	11	14	5	13	13	0
3	8	16	8	9	10	1
4	14	16	2	12	12	0
5	14	18	4	14	14	0
6	13	18	5	13	13	0
7	12	17	5	10	11	1
8	12	16	4	13	13	0
9	15	18	3	12	13	1
10	15	19	4	12	13	1
11	9	15	6	10	10	0
12	12	17	5	10	10	0
13	9	15	6	10	11	1
14	10	15	5	12	13	1
15	12	18	6	14	14	0
16	10	13	3	10	10	0
17	10	15	5	10	10	0
18	13	19	6	15	15	0
19	13	19	6	14	15	1
20	13	17	4	12	12	0
21	10	16	6	10	10	0
22	12	18	6	13	13	0
ค่าเฉลี่ย	11.77	16.68	+4.91	11.81	12.14	+0.33
S.D.	1.95	1.70	-0.25	1.71	1.67	-0.04

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุจิตรา มหาสุข เกิดเมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 ข โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เมื่อ พ.ศ. 2555 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

