

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นางสาวจรรยาพร วงศ์จิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR IN STROKE PATIENTS

Ms. Charuayporn Wongkachit

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 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางสาวจรรยาพร วงศ์จิต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสม)

จรรยาพร วงศ์จิต: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR IN STROKE
PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ, 167 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภค
อาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยใช้กรอบแนวคิดของรอย ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นาน 1 เดือน-1 ปี จำนวน
121 คนที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการก่อกวนทางคลินิก แบบสอบถามภาวะ
ซึมเศร้า แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว แบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง และแบบสอบถาม
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85, 0.94, 0.94,
0.97 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย สรุปได้ว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมัน อยู่
ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 24.64$) หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และหมวด
เครื่องปรุงรส อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.95$, $\bar{X} = 23.70$, $\bar{X} = 25.24$ และ $\bar{X} = 10.94$ ตามลำดับ) และ
หมวดเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3$)
2. ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง
3. ความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภค
อาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.20$ และ $r = -.48$
ตามลำดับ)
4. สัมพันธภาพในครอบครัวและการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .42$ และ
 $r = .28$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277558236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : EATING BEHAVIOR/ STROKE PATIENTS

CHARUAYPORN WONGKACHIT: FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR
IN STROKE PATIENTS. ADVISOR: RUNGRAWEE NAVICHARERN Ph.D. ,167 pp.

This study was a correlation study. The objectives of this research were to study the eating behavior and the factors related to eating behavior in stroke patients according to Roy's framework. The study enrolled 121 patients who had been diagnosed as stroke for 1 to 12 months at neurology outpatient department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Phramongkutklo Hospital, and Rajavithi Hospital. The instruments for data collection included a demographic data form, assessment form of clinical swallowing, and data were collected by self admitted questionnaires including patients' depression, family relationship, patients' self-dependence, and the eating behavior. Questionnaires were tested for reliability and Cronbach's alpha coefficient was 0.85, 0.94, 0.94, 0.97 and 0.84, respectively. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient.

The major finding were as follow:

1. The stroke patients had eating behavior very good level in fat group (\bar{X} =24.64), good level in starch, meat, fruit and vegetable, and seasoning group (\bar{X} =14.95, \bar{X} =23.70, \bar{X} = 25.24, and \bar{X} =10.94 respectively), and medium level in beverage group (\bar{X} =3)
2. Dysphagia was not related to the eating behavior in stroke patients
3. Severity of stroke disease and depression had significant negative correlation with the eating behavior in stroke patients. ($r = -.20$ and $r = .48$ respectively; $p = 0.05$)
4. Family relationship and self-dependence had significant positive correlation with the eating behavior in stroke patients ($r = .42$ and $r = .28$ respectively; $p = 0.05$)

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature :

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature :

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ แก่ใจข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบ ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ และให้ ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นการช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของ เครื่องมือวิจัย ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย ครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาและประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประสาท ตึกชนาครกรุงเทพ ชั้น 3 หัวหน้าหอคลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้การสนับสนุน และให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอคลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ที่ ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนร่วมงาน รวมทั้ง เพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิด	
ทฤษฎีการปรับตัวของรอย.....	12
พัฒนาการวัยผู้ใหญ่ (วัยทำงาน).....	22
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ.....	24
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ระยะฟื้นฟูสภาพ.....	36
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารใน	
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ.....	49
บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของ	
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ.....	70
บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	78

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	79
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	83
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	89
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	94
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	109
	สรุปผลการวิจัย.....	110
	การอภิปรายผลการวิจัย.....	111
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	117
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	117
	รายการอ้างอิง.....	118
	ภาคผนวก.....	133
	ภาคผนวก ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	134
	ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	136
	ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
	ภาคผนวก ง ตารางข้อมูลเพิ่มเติม.....	163
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล.....	80
2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	81
3	แสดงการปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า.....	90
4	แสดงการปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว.....	90
5	การปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	91
6	แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
7	แสดงสถานที่ วัน และเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
8	เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	95
9	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล.....	97
10	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดเนื้อสัตว์.....	98
11	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดผัก ผลไม้.....	100
12	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดไขมัน.....	102
13	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดเครื่องดื่ม.....	104
14	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมวดเครื่องปรุงรส.....	105

ตารางที่		หน้า
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามหลักโภชนบัญญัติ.....	106
16	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะกลืนลำบาก ความ รุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพา ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	107
17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเองกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	107
18	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	164

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของประเทศพัฒนาแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้อยู่ 550,000 ถึง 750,000 คนในแต่ละปีขณะที่คนไทยป่วยเป็นโรคนี้อยู่ 242,023 ราย (WHO, 2007) จากรายงานสมาคมโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยในสหรัฐ เฉลี่ย 1 ใน 2.6 คนเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ คิดเป็นอัตราส่วน 61% ซึ่งมากกว่าผู้ชาย ที่คิดเป็น 39% จากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานล่าสุดเมื่อปี 2548 ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ปีละเกือบ 6 ล้านราย หรือประมาณ 10% ของผู้เสียชีวิตทุกสาเหตุ เฉลี่ยตายนาทีละ 11 ราย ซึ่งในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 3 รองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่สองของประชากรในซีกโลกตะวันตกรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Hafstiendo' ttr, T.B., 1997) สำหรับประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตปีละ 5-6 หมื่นราย (กองสถิติสาธารณสุข, 2547) และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง สาเหตุการเกิดเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ 1) หลอดเลือดสมองตีบ 2) หลอดเลือดสมองอุดตัน 3) หลอดเลือดสมองแตก (Delaney and Potter., 1993)

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญแล้วยังเป็นต้นเหตุทำให้เกิดความพิการ และเป็นภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวตลอดจนค่าใช้จ่ายของประเทศ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2547) จากการประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาและการสูญเสียทางเศรษฐกิจในประเทศไทยแต่ละปีจะใช้งบประมาณ 62.7 พันล้านบาท (Grant and Bean, 1988) แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดโรคสูงในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป แต่พบว่าเป็นปัจจุบันนี้เกิดในผู้ที่มีอายุน้อยลง ซึ่งพบได้มากขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป (Hayes, 1991) ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 จะมีความพิการอาจชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น จากสถิติประเทศไทยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ประมาณ 1 ใน 3 รักษาหาย อีก 1 ใน 3 พิการ และอีก 1 ใน 3 ตาย ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค

ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke) ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศ ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายได้แก่ การสูญเสียการทำงานจากร่างกายอันเนื่องมาจากความพร่องทางระบบประสาทจะมีอาการแขน ขาอ่อนแรง ความผิดปกติของการพูด การกลืน ความสามารถในการรับรู้ การสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมดความสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หมดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานานจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบเป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ,2547) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของพวงน้อย อรุณ (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 71.43 ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและระดับการพึ่งพา จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยอับอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าสังคมและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวทำให้กระทบต่อ สัมพันธภาพในครอบครัวได้และจากที่เคยพึ่งพาตนเองได้ ต้องกลับกลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (สุชาดา กาสีวงศ์ , 2545)ซึ่งผลกระทบทุกด้านนี้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารหรือไม่บริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน โดยพิจารณาชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภค ซึ่งการที่จะรู้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นเช่นไรต้องมีการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (นัยนา เมธา , 2544) พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นการปรับตัวด้านหนึ่งในการปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามกรอบแนวคิดของรอย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมายซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในด้านโภชนาการ โดยสิ่งเร้าตรงที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะกลืนลำบาก จากการศึกษาของ Westergren (2001)ภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าร่วมซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้กล่าวไว้ ตัวแปรเหล่านี้ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความพิการของร่างกายสอดคล้องกับ Neeraj Badjatia(2008) ที่กล่าวว่าเมื่อสมองได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ส่งผลต่อ ฮอร์โมนทำให้ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป ภาวะ

ชิมเสิร์ฟของผู้ป่วยทำให้ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหารสอดคล้องกับการศึกษาของ Folstein et al.(1977) ที่ว่าภาวะชิมเสิร์ฟในผู้ป่วย post stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ FOOD Trial Collaboration(2003) ว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ไม่มีญาติคอยดูแล จะทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีขึ้นไปด้วย ระดับการพึ่งพา จากการศึกษาของ Unosson et al. (1994) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับสูง ก็ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีถ้าเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับต่ำ

การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถประเมินได้จากข้อมูล 2 ชนิดคือ 1.การประเมินเชิงจิตพิสัย (Subjective Data) เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมในการ รับประทานอาหาร และการประเมินปริมาณแคลอรีใน 1 วัน 2. การประเมินเชิงวัตถุพิสัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index or BMI) (ถัดดา จามพัฒน์, 2548)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งที่รับประทานอาหารได้เอง และบางรายมีปัญหาากลืนลำบากซึ่งพบได้ร้อยละ 40-50 (Gauwitz, 1995) ต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร ในการให้อาหารทางสายให้อาหาร ถ้าสูตรอาหารที่ให้กับผู้ป่วยมีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารได้ โดยเฉพาะในด้านพลังงาน วิตามินและเกลือแร่ ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร มีภาวะชิมเสิร์ฟ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาในการกลืน แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถจัดหาอาหารที่ต้องการได้ ประกอบกับสภาวะของโรคซึ่งมีความผิดปกติในการรับรส ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ร่างกายได้รับแคลอรีและสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ พบได้ 8.5%(เจียมจิต, 2541) ส่วนผู้ป่วยที่นอนเฉยๆ โดยไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแล้ว อาจต้องปรับปริมาณแคลอรีให้ลดลงมิฉะนั้นผู้ป่วยอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วย post stroke พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเกิน(BMI > 24.99)เท่ากับ48% (สิริรัตน์, 2539)

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy and Andrew, 1999)ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการปรับตัวของมนุษย์ เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บุคคลเป็นระบบที่ต้องมีการปรับตัว(Adaptive system)ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า(Input)กระบวนการควบคุม (Control process)ประกอบด้วย 1. กลไกการควบคุม(Regulator subsystem) 2. กลไกการรับรู้ (Cognator subsystem)กลไกทั้ง 2 นี้จะมี

ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานควบคู่กันเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ผลจากการทำงานของกลไกทั้ง 2 จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัว (Adaptive modes) และสิ่งนำออก (Output) ซึ่งได้แก่พฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือการปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาผู้อื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Gariballa, S.E. et al.(1998) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปอยู่ที่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปอยู่ที่บ้านมักมีปัญหา พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมรับประทานอาหารไม่จำกัดปริมาณ ไม่ควบคุมอาหาร ทำให้มีน้ำหนักตัวเกินพบได้ถึง 34% ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมนี้จะทำให้อัตราการตายและความพิการเพิ่มมากขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ อายุ และความพิการของร่างกาย สำหรับ Axelsson, K. et al.(1998) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มผู้ป่วย Acute Stroke เปรียบเทียบกับกลุ่ม Post Stroke โดยประเมิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จาก การคำนวณค่า BMI ไขมันใต้ผิวหนัง และดูจากผล albumin จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 16 % พบความผิดปกติของ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในช่วง Acute Stroke และ 22% พบความผิดปกติของ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในช่วง Post Stroke และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ อายุ และความพิการที่หลงเหลืออยู่ เช่น ภาวะกลืนลำบาก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke) เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ต้องให้ความสนใจในเรื่องการตอบสนองด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคคลทั้งนี้เพราะ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคคลมีอิทธิพลต่อกระบวนการเกิดโรค การหายจากโรคและสุขภาพโดยรวม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการตอบสนองด้านโภชนาการ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาวะแทรกซ้อนของอาการ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

2. ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้าน ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1999) ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีที่มุ่งอธิบายการปรับตัวหรือพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระทบทั้งสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลง ด้านพยาธิสภาพของสมองซึ่งทำให้กลไกการคิดรู้ลดลงร่วมกับกลไกการควบคุมด้านร่างกาย ลดลงส่งผลให้มีการปรับตัว ด้านต่างๆ ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านความต้องการออกซิเจนและการไหลเวียนโลหิต (Oxygen) เมื่อเกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดทำให้ไม่สามารถส่งอาหารและออกซิเจนไปยังเซลล์ประสาทส่วนนั้นขาดเลือดและไม่สามารถทำงานได้ 2) การปรับตัวด้าน ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักขาดสารอาหาร เนื่องจากบางรายมีความผิดปกติของกลืน หรือความอยากอาหารลดลง และในผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง แต่ยังคงได้รับสารอาหารเท่าเดิมทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นได้ 3) การปรับตัวด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Elimination) ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง การถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายทำได้ยากทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการเบ่งถ่าย (Post-void residual volume) และมักพบมีปัญหาท้องผูก 4) การปรับตัวด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest) การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง การใช้พลังงานน้อยทำให้การนอนหลับในเวลากลางคืนลดลง 5) การปรับตัวด้านการป้องกัน โรค (Protection) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อหลบเลี่ยงอันตรายทำได้ลดลง ประกอบกับการรับรู้สัมผัสของผิวหนังซึ่งเป็นกลไกป้องกันตัวเองตามธรรมชาติเสียหายที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีการตอบสนองด้านการป้องกันโรคลดลง 6) การปรับตัวด้านการรับรู้ความรู้สึก (The senses) มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรค 7) การปรับตัวด้านสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and electrolyte) การดื่มน้ำและรับประทานอาหารลดลง ทำให้พบปัญหาความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้บ่อย 8) การปรับตัวด้านการทำงานของระบบประสาท (Neurological

function) เกิดพยาธิสภาพต่อระบบประสาทโดยตรง การเสียหายที่ของการทำงานขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค 9) การปรับตัวด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine function) โรคหลอดเลือดสมองระยะแรกไม่รบกวนการทำงานของต่อมไร้ท่อ แต่ผลของโรคทำให้มีการทำงานของต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะพบได้ทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และระดับการพึ่งพา

ภาวะกลืนลำบาก เป็นปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการมีความผิดปกติของ Cranial nerve คู่ที่ 5,7,9,10 และ 12 หรือประสาทสั่งการควบคุม (Cognator, Regulator) ทำให้มีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคี้ยว และการกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร Westergren (2001) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ 162 คนพบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin (2003) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบรวมถึงภาวะกลืนลำบากทำให้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จาก การบาดเจ็บจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เนื้อสมองได้รับความเสียหายก่อให้เกิดความพิการของร่างกาย ตามมาวัดโดยแบบประเมิน NIHSS STROKE SCALE โดยมีคะแนนเต็ม = 42 คะแนน แบ่งเป็นความรุนแรงของโรคน้อยโดยมีคะแนน NIHSS < 4 คะแนน ความรุนแรงของโรคปานกลาง โดยมีคะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 4-22 คะแนน ความรุนแรงของโรคมกโดยมีคะแนน NIHSS > 22 คะแนน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551) Atulabh Vajpayee et al. (2008) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม กรรมการบริโภคอาหาร เนื่องมาจากการที่สมองได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อสมองในช่วงเวลาหนึ่งความเสียหายนี้มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานในส่วนต่างๆของร่างกายรวมถึงการรับประทานอาหาร การกลืนอาหาร การย่อย การเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยได้ ดังนั้นความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin Perry et al. (2003) พบว่าผู้ป่วย post stroke มากกว่า 50% มักมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน

มากมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Davalos A. et al.(1996) ที่กล่าวว่าปัญหาทางด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ในผู้ป่วย Post Stroke ทำให้เพิ่มอัตราการตาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผลกดทับ และผลการศึกษาดูพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับ Neeraj Badjatia(2008) ที่กล่าวว่าเมื่อสมองได้รับความ บาดเจ็บที่รุนแรง ส่งผลต่อฮอร์โมนนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายในการดูแลรักษาใน ระยะยาวผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายหรือภาษาได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลจากอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยทำให้ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารไม่ดีและทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้(สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , 2550) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Robert G. et al. (2010) ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เนื้อสมองบริเวณสมอง ด้านซ้ายมีการถูกทำลายจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า ผู้ป่วยที่มีการถูกทำลายของสมองซีกขวาซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องใน เรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การคิดรู้ที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีและทำให้เกิด ภาวะทุพโภชนาการตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Folstein et al.(1977) ที่ว่าภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยpost stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง ความสัมพันธ์ที่ดีจะก่อให้เกิดความเข้าใจความเข้าใจและความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยความรู้สึก ดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอยู่อย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแล รับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับสูง ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะทำ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี การดูแลตัวเองดี รวมถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีดังนั้นสัมพันธภาพ ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจากการศึกษาของ FOOD Trial Collaboration (2003)พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีญาติคอยดูแล จะ ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ได้ถึง 54 %

การพึ่งพาตนเอง เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดโรคหลอดเลือด สมองขึ้นผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายได้แก่ การสูญเสียการทำงานของร่างกายอัน เนื่องมาจากความพร่องทางระบบประสาทจะมีอาการแขน ขาอ่อนแรง ความผิดปกติของการพูด ความสามารถในการรับรู้ การสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมดความสามารถ

เคลื่อนไหวร่างกาย หมดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ,2547) จากการศึกษาของ Unosson et al. (1994) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการพึ่งพาตนเอง ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ 48 ชั่วโมงหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 อาทิตย์และ 9 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับต่ำ คือต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ภายหลังกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 9 พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจนเกิดภาวะทุพโภชนาการดังนั้นการพึ่งพาตนเองจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การพึ่งพาตนเอง วัดโดย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index)

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัย หาความสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองมีการตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองมีการตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิขั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ภาวะกลืนลำบาก
2. ความรุนแรงของโรค
3. ภาวะซึมเศร้า

4. สัมพันธภาพในครอบครัว
5. การพึ่งพาตนเอง
6. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนผิดปกติ ได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, vocal cord, ความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร วัดโดยแบบประเมินการกลืนที่ผู้วิจัยดัดแปลงของคุณสายทิพย์ จ้ายพงษ์ (2550)

ความรุนแรงของโรค หมายถึง บริเวณเนื้อสมองที่ถูกทำลาย หรือมีการเสียหายจากการที่เส้นเลือดตีบหรืออุดตันส่งผลต่อความพิการทางร่างกาย ความรุนแรงของโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคน้อย ความรุนแรงของโรคปานกลาง และความรุนแรงของโรคมาก ความรุนแรงของโรควัดโดยการประเมิน NIHSS STROKE SCALE โดยมีคะแนนเต็ม = 42 คะแนน แบ่งเป็น ความรุนแรงของโรคน้อย โดยมีคะแนน NIHSS < 4 คะแนน ความรุนแรงของโรคปานกลาง โดยมีคะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 4-22 คะแนน ความรุนแรงของโรคมาก โดยมีคะแนน NIHSS >22 คะแนน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงออกเป็น พฤติกรรม ความรู้สึก และอารมณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกด้านบวก อาการเชิงซ้ำหองยหงา และสัมพันธ์ระหว่างบุคคลวัดโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยรัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรมปฏิบัติที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากของคุณกาญจนา ศิริวรราชย์ (2536) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น วัด

โดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ รัญญาภรณ์ คาวนพเกล้า (2547) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ คัชนีบาร์เทล (Barthel Index)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารหรือไม่บริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน แบ่งตามหลักโภชนบัญญัติ ได้แก่ หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส โดยพิจารณาจากชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภคตามหลักการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ นัยนา เมธา (2544)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองมีการตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือนถึง 1 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และทางสาธารณสุขในการนำไปใช้เกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางคลินิก
2. เป็นแนวทางการจัดหลักสูตรการเรียน การสอน ให้แก่นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง หาคความสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร รายงานการวิจัย เพื่อดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

2. พัฒนาการวัยผู้ใหญ่ (วัยทำงาน)

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

3.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

3.5 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

3.6 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

3.7 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

4.1 ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะความ
ดันโลหิตสูงร่วม

4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีไขมัน
คอเลสเตอรอลในเลือดสูงร่วม

4.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี
โรคเบาหวานร่วม

4.5 ความต้องการพลังงานและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
ฟื้นฟูสภาพ

4.6 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

4.7 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลิ่นลำบาก

4.8 อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

4.9 การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

6. บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

7. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ซิสเตอร์ คาลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) อธิบายการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระทบ โดยระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม การปรับตัว และสิ่งนำออก โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้ (Roy and Andrew, 1999)

1.1 สิ่งนำเข้า (Input) เป็นสิ่งเร้าที่มากระทบและกระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนอง อาจเป็นสิ่งที่เกิดจากภายในตัวบุคคลเองหรือเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก

1.1.1 สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว รอยได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิดได้แก่

1.1.1.1 สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึงสิ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลโดยตรงและมีความสำคัญที่สุด ส่งผลทำให้มีการปรับตัวเกิดขึ้น ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ ภาวะกลืนลำบาก

1.1.1.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีในขณะนั้น มีผลกระทบต่อปรับตัวทั่วไป อาจส่งผลส่งเสริมหรือขัดขวางความสามารถในการปรับตัว ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเอง

1.1.1.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) หมายถึง ปัจจัยแวดล้อมภายในหรือภายนอกบุคคลซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทักษะคิด และบุคลิกภาพ ผลกระทบของสิ่งเร้าแฝงต่อการปรับตัวของบุคคลไม่ชัดเจนและตรวจสอบได้ยาก หรือตรวจสอบไม่ได้เลย เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรงอาจจะกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าร่วมอาจจะเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมา

1.1.2 ระดับของการปรับตัว (Adaption level) มี 3 ระดับได้แก่

1.1.2.1 การปรับตัวอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อม (Integrated adaptation) เป็นการปรับตัวปกป้องตนเองให้คงไว้ซึ่งความปกติของชีวิตมนุษย์ในสภาพแวดล้อมปกติ

1.1.2.2 การปรับตัวเพื่อต่อต้านสิ่งรบกวน (Compensatory adaptation) เมื่อร่างกายถูกรบกวนผ่านการป้องกันตนเองตามปกติจึงต้องปรับตัวเพื่อต่อต้านขจัดสิ่งรบกวนออกไป

1.1.2.3 การปรับตัวอยู่ร่วมกับสิ่งรบกวนนั้น (Compromised adaptation) เป็นการปรับตัวที่ระดับการปรับตัวที่ไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดี และระดับของการปรับตัวในการชดเชย จึงทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวขึ้น

1.1.3 กระบวนการควบคุม (Control process or coping process) คือกลไกหรือวิธีการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการเรียนรู้ ประกอบด้วย 2 กลไกย่อยดังนี้

1.1.3.1 กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติของร่างกายผ่านการควบคุมจากระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ มีการหลั่งสารเคมีที่ส่งผ่านไปทั้งร่างกายก่อให้เกิดความรู้สึกสัมผัสหรือการรับรู้ความรู้สึกมีการรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่เป็นการป้องกันอันตรายสำหรับร่างกายซึ่งเป็นการปรับตัวโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านร่างกายเพื่อให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ และมีผลต่อการคิดรู้อยู่ด้วย

1.1.3.2 กลไกการคิดรู้อยู่ (Cognator Mechanism) เป็นการปรับตัวที่ทำงานโดยผ่านกระบวนการทางสมองในส่วนที่มีการคิดรู้อยู่และอารมณ์ (Cognitive - Emotive) ประกอบด้วย 4 วิธีทางคือ มีกระบวนการรับรู้ข้อมูลซึ่งบุคคลมีการเลือกรับข้อมูล มีการถอดรหัสจดจำข้อมูล และผ่านกระบวนการเรียนรู้ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเลียนแบบ มีกระบวนการตัดสินใจ และแสดงเป็นอารมณ์ออกมาซึ่งถือว่าการใช้การป้องกันทางจิตในการเผชิญปัญหา (Roy, 1999) แต่สามารถสังเกตเป็นพฤติกรรมหรือการปรับตัว

กลไกทั้ง 2 นี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานควบคู่กันเสมอไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ผลจากการทำงานของกลไกทั้ง 2 จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive modes)

1.2 การปรับตัว (Adaptive modes) ตามที่รอกกล่าวไว้ว่าการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยหมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระทบซึ่งเป็น กิจกรรมของระบบควบคุม และระบบการรับรู้สามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1.2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย ครอบคลุมความต้องการพื้นฐาน 5 ด้านและกระบวนการทำงานในร่างกายอีก 4 ด้านได้แก่

1.2.1.1 การปรับตัวด้านความต้องการออกซิเจนและการไหลเวียนโลหิต (Oxygen) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อให้เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ กระบวนการนี้ได้แก่ กระบวนการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการขนส่งก๊าซเข้าและออกจากเซลล์หรือเนื้อเยื่อ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการหายใจที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติด้านโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการขนส่งก๊าซ ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับหัวใจและปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในระบบ หรือร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ใช้ในการขนส่งออกซิเจนลดลงด้วย

ระบบการไหลเวียนของเลือด เริ่มด้วยหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (Aorta) ไปสู่สมองโดยผ่านทางด้านๆ ล้อคทั้งสองข้างและเข้าไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนกลาง อีกส่วนหนึ่งผ่านคอคเคียวลอคไปตามกระดูกสันคอ และรวมกันไปเป็นหลอดเลือดเดียวไปเลี้ยงสมองส่วนหลัง จากนั้นก็กระจายแตกแขนงเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กลง จนกระทั่งถึงเป็นหลอดเลือดฝอย ไปส่งทุกแห่งของเซลล์ประสาทเมื่อเกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายๆส่วนให้ไม่สามารถส่งอาหารและออกซิเจนไปยังเซลล์ประสาทได้ เซลล์ประสาทส่วนที่ขาดจะไม่สามารถทำงานได้ การปรับตัวจะมีอาการบวมทำให้ความดันในสมองยิ่งสูงขึ้น บริเวณที่ได้รับผลกระทบยิ่งกว้างขึ้นทำให้อาการระยะแรกรุนแรงมากขึ้น ต่อมาสมองจึงยุบบวมลงและมีการปรับตัวต่อส่งเลือดจากหลอดเลือดส่วนที่เป็นปกติมาเลี้ยงบริเวณที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีผลดีกับการฟื้นฟูสภาพ

การนอนนานและการกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดอักเสบ อีกทั้งการเคลื่อนไหวของทรวงอกด้านอ่อนแรงลดลง ทำให้ไม่สามารถไอและหายใจลึกๆได้ ปอดแฟบและมีการขับเสมหะออกไม่ดี พบผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบในด้านที่ร่างกายอ่อนแรงแรงมากขึ้น (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2552)

1.2.1.2 การปรับตัวด้านโภชนาการ (Nutrition) การปรับตัวด้านโภชนาการ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายมีการย่อยและการดูดซึมสารอาหารที่จำเป็นไปสู่เซลล์ต่างๆของร่างกาย เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิต การเจริญเติบโตและการซ่อมแซมบำรุงส่วนต่างๆของอวัยวะในร่างกาย กระบวนการทำงานในการตอบสนองด้าน

โภชนาการที่สำคัญ ได้แก่ การกลืน การย่อยอาหาร การเผาผลาญ และการดูดซึม ทั้งนี้อาหารที่เรารับประทานเข้าไปนั้นจะมีผลต่อกระบวนการนี้ตลอดจนมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านสมอง รอย กล่าวไว้ว่า การเกิดภาวะ โภชนาการเกินหรือภาวะทุพโภชนาการ ขึ้นอยู่กับ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อภาวะ โภชนาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างและหน้าที่ ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของบุคคลในการกลืน เช่นภาวะกลืนลำบาก การย่อยอาหาร การเผาผลาญ และการดูดซึม ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและประสิทธิภาพของกลไกการรับรู้ ของบุคคล (Cognitive effectiveness) (รจันท์ เฟิงแก้ว, 2551)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความหลากหลายของอาการแสดง บางราย มีความผิดปกติของการกลืนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ จำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบ การรับประทานอาหารเป็นการใส่สายยางจากจมูกถึงกระเพาะอาหารโดยตรง ซึ่งภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากกล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลัก อาหารเข้าหลอดอาหารได้ จะทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหารขณะกลืนได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 45 จะมีปัญหาการกลืนลำบาก (Cairella G, et al, 2004) แม้ว่าการกลืนจะเป็นปกติในภายหลัง แต่ มักทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักสูง จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้ ปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อภาวะ โภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ปัญหา ทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วย เกิดเบื่ออาหาร กลืนไม่ลง อาเจียน อ่อนเพลีย น้ำหนักลดได้(นิพนธ์ พวงวรินทร์,2547)

ผู้ป่วยที่นอนติดต่อกันเป็นเวลานานมักขาดสารอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภท โปรตีน เนื่องจากความอยากอาหารลดลง การรับรู้รสเปลี่ยนไป และมีอัตราการดูดซึมอาหารลดลง นอกจากนี้การนอนรับประทานอาหารยังทำให้การส่งผ่านอาหารเป็นไปได้ช้า และในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนหรือขาทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ปริมาณการใช้พลังงานในแต่ละวันลดลงดังนั้นปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวันควร ลดลงด้วยมิเช่นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินได้ (Chen , 2007)

1.2.1.3 การปรับตัวด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Elimination)

การปรับตัวด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นกระบวนการที่จำเป็นของชีวิต เพราะทำให้ของ เสียที่เกิดจากกระบวนการต่างๆในร่างกายถูกขับออกจากโลหิตและขับออกจากร่างกาย สิ่งเร้าที่มี อิทธิพลต่อการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย ตลอดจนกลไกการปรับตัวที่บุคคลใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการขับถ่าย ปัสสาวะ ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะ สิ่งแวดล้อมหรือ สถานที่ในการขับถ่าย ยาบางชนิด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับการคาสายสวนปัสสาวะไว้ในช่วงแรก จากภาวะรู้สึกที่ยังไม่ดีพอ หรือมีปัญหาในเรื่องการสื่อสารรวมถึงมีปัญหาทางด้านอายุรกรรมที่ต้องประเมินปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และเมื่อไม่ได้คาสายสวนหรือไม่ได้ขับถ่ายออกอย่างเหมาะสมผู้ป่วยอาจมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก เนื่องจากระยะแรกผู้ป่วยมีรีเฟล็กซ์ของการถ่ายปัสสาวะลดลง และเมื่อนอนนานๆผู้ป่วยจะมีการถดถอยของระบบขับถ่ายปัสสาวะทำให้มีการผลิตปัสสาวะเพิ่มขึ้น ร่วมกับการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายทำได้ยาก ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการเบ่งถ่าย (Post-Void residual volume) ร่วมกับการมีแคลเซียมถูกขับออกมากกว่าปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดนิ่วเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากขึ้นด้วย แบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป คือ มีการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไหลออกทันทีเมื่อรู้สึกปวด ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วย ที่พบบ่อยคือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต้องปรับตัวโดยการฝึกควบคุมการปัสสาวะพยายามอยู่ในท่านั่งหรือยืนบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการปัสสาวะในท่านอน และการดื่มน้ำอย่างพอเพียง (รจัน เฟิงแก้ว, 2551)

ปัญหา ด้านการขับถ่ายอุจจาระที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ปัญหาท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบจากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่การนอนนานเป็นการเพิ่มการสร้างฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (Adrenergic Activity) ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงและกล้ามเนื้อหูรูดเกร็งตัวมากขึ้น ร่วมกับการนอนถ่ายทำให้การถ่ายอุจจาระลำบากจนผู้ป่วยไม่ยอมถ่าย

1.2.1.4 การปรับตัวด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest) การมีกิจกรรม (Activity)จะต้องอาศัยการทำงานของระบบกระดูกกล้ามเนื้อและระบบประสาทรวมทั้งระบบไหลเวียนเลือด การพักผ่อน (Rest) เป็นความต้องการด้านร่างกายของบุคคลแสดงถึงความสามารถในการที่จะมีการซ่อมแซมและบำรุง (Repair and Restoration) สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรม ได้แก่ โรคและพยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการพักผ่อนและนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเมื่อยล้า ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด การหายใจลำบาก การออกกำลังกายมากเกินไปก่อนนอน การขาดการออกกำลังกาย อายุ ความเครียด การใช้ยา นิสัยการนอน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลจากพยาธิสภาพทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่สมอง จะมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว และทรงตัว (สุชาติ กาสีวงศ์, 2545) การควบคุมการเคลื่อนไหวโดยระบบไพรามิดาล (Pyramida) เปลือกสมองใหญ่เป็นส่วนเริ่มต้นของระบบไพรา

มิดาล หรือวิถีประสาทคอร์ติโคสไปนาล (Corticospinal tract) โดยเริ่มจากเซลล์ที่มอเตอร์คอร์เทก (Motor cortex) และจากเปลือกสมองใกล้เคียงแต่ยังไม่ทราบตำแหน่งแน่ชัด และส่งใยประสาท ประมาณร้อยละ 75-80 ข้ามไปซีกตรงข้ามร่างกายในระดับเมดูลลา (Medulla) ส่วนล่าง ส่วนที่เหลือจะตรงลงมาทางด้านหน้าหรือด้านข้างไขสันหลังด้านเดียวกัน หรือข้ามไปในด้านตรงข้ามในไขสันหลังระดับอื่น ควบคุมการเคลื่อนไหวในแต่ละช่วงของร่างกายซีกด้านตรงข้าม เมื่อเกิดพยาธิสภาพต่อเนื้อสมองส่วนดังกล่าวก็จะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในด้านตรงข้ามได้ ผู้ป่วยจึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง การใช้พลังงานทำให้การนอนหลับในเวลากลางคืนลดลงด้วย

1.2.1.5 การปรับตัวด้านการป้องกัน (Protection) จะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านร่างกายกลไกการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบเรติคูโลเอนโดเธเลียส สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลด้านการป้องกันอันตราย ได้แก่ ระยะพัฒนาการ อุณหภูมิของอากาศ ปริมาณอากาศที่ถ่ายเท การสวมเสื้อผ้าที่หนาและบางเกินไป พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดกระบวนการติดเชื้อและการอักเสบ การขาดเลือดไปเลี้ยง โภชนาการที่ไม่ดี โรคโลหิตจาง อาการบวม อาการอ่อนเพลียมาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ลดลง ประกอบกับการรับรู้สีของผิวหนังซึ่งเป็นกลไกป้องกันตัวเองตามธรรมชาติเสียหายที่ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานคือแผลกดทับได้ง่าย นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นิจศรี ชาญณรงค์ , 2551) นอกจากนี้การนอนยังเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย โดยสรุปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวด้านความสามารถในการป้องกันโรคลดลง

1.2.1.6 การปรับตัวด้านการรับรู้ความรู้สึก (The senses) เป็นกระบวนการด้านพลังงาน เช่น แสง เสียง ความร้อน การสัมผัสที่อ่อนและแรงดันและจะแปลงเป็นพลังงานไปสู่ระบบประสาทกลายเป็นการรับรู้ การรับรู้ความรู้สึกพื้นฐาน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลด้านการรับรู้ความรู้สึก คือ การมองเห็นและการได้ยิน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก มักเกิดร่วมกับอาการอัมพาตครึ่งซีก พบได้ประมาณร้อยละ 80-90 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด ความบกพร่องที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความบกพร่องของประสาทรับความรู้สึกร้อน-เย็น นอกจากนี้ยังพบความบกพร่องในเรื่องอื่นๆ เช่น ไม่สามารถรับรู้รูปร่างของวัตถุที่จับต้องได้ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของเสียงที่ได้ยิน ปฏิเสธภาพลักษณ์ที่เป็นจริงของตนเองหรือปฏิเสธซีกของร่างกายที่เป็นอัมพาตว่าเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมักหกล้มเพราะจะลุกนั่ง โดยไม่

ระวังแขนขาอีกข้างหนึ่งอ่อนแรงเป็นอัมพาต มีความบกพร่องของลานสายตาแคบลงหรือเสียไป ด้านหนึ่ง (พรภัทร ลิขิตชนสมบัติ ,2547)

1.2.1.7 การปรับตัวด้านสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ (Fluid and electrolyte)

สมดุลน้ำภายในร่างกายเกี่ยวข้องกับปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย บุคคลรับน้ำเข้าสู่ร่างกายในรูปแบบของน้ำดื่มและอาหารประเภทต่างๆ และในร่างกายยังเกิดกระบวนการเผาผลาญการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายได้หลายทาง เช่น การสูญเสียน้ำทางปัสสาวะ อุจจาระ และทางผิวหนังในรูปแบบเหงื่อ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ที่สำคัญได้แก่ การเกิดพยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง เฉียบพลัน หรือการบาดเจ็บของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีปัญหากับการเคี้ยว การกลืน ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักสูง ทั้งยังมีปัญหากับระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและรับประทานอาหารลดลงและเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้ในรายที่มีปัญหากลิ้ามเนื้อแขนอ่อนแรง ร่วมกับมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ได้(เจียมจิต แสงสุวรรณ , 2541)

1.2.1.8 การปรับตัวด้านการทำงานของระบบประสาท (Neurological function)

ระบบประสาททำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของกลไกการปรับตัวของบุคคลหน้าที่ในการควบคุมและประสานการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรู้สติ และจิตใจอารมณ์ของบุคคล ตลอดจนควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดพยาธิสภาพต่อระบบประสาทโดยตรง การเสียหน้าที่การทำงานขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค เมื่อหลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงไม่สามารถทำงานได้ จะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆ ผู้ป่วยมีอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน กรณีมีเนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลัน สมองบริเวณนั้นจะบวมมาก ถ้ามีเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้างอาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนมีการกดเบียดในบริเวณก้านสมอง หรือมีการปิดกั้นการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2552)

1.2.1.9 การปรับตัวด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

ระบบต่อมไร้ท่อจะทำหน้าที่นอกเหนือไปจากการทำงานของ ระบบประสาท เพราะการกระทำของต่อมไร้ท่อให้ผลช้าแต่ทำงานนานกว่าระบบประสาท โดยอาศัยสารเคมีที่ต่อมไร้ท่อผลิตขึ้นมาที่เรียกว่า ฮอร์โมน(Hormone) ฮอร์โมนเกือบทั้งหมดจะถูกขนส่งไปสู่อวัยวะทั่วร่างกายโดยทางระบบ

ไหลเวียนโลหิตแต่จะออกฤทธิ์หรือมีผลต่ออวัยวะหรือเซลล์บางตัวเท่านั้น สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการทำงานของต่อมไร้ท่อคงสภาพเดิมเหมือนก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผลของโรคที่ทำให้นอนนานจะมีการทำงานของต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่

ต่อมพาราไทรอยด์ ผลิตภัณฑ์ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ มีหน้าที่กระตุ้นการสลายกระดูกเพื่อความเข้มข้นของแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือด การไม่เคลื่อนไหวนานๆ มักพบระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงกว่าปกติทำให้มีการสลายกระดูกมากกว่าปกติ

เซลล์ไอสเลตของแฟงเกอร์ฮานส์ (Islets of Langerhans) ในตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลิน ทำหน้าที่ลำเลียงกลูโคสเข้าสู่เซลล์ เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงาน การนอนนานทำให้ตัวรับอินซูลิน (Aldosterone hormone) ที่ปกติจะหลั่งในช่วงเวลา 10:00 น. – 15:00 น. จะไม่เป็นไปตามปกติคือมีระดับเพิ่มขึ้น เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย

1.2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณเป็นความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ในระยะเวลาหนึ่งเกิดจากความรู้สึกของตนเองต่อตนเองและการรับรู้ว่าคุณค่าอื่นมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ได้แก่ ขนาดรูปร่าง หน้าตา ความสวยงาม และความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม สมรรถภาพทางเพศ ภาวะสุขภาพและการสูญเสียจากการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้สึกต้องเผชิญการรับรู้ต่อสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงจากคนที่ช่วยเหลือตนเองได้สู่ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ในสภาวะพิการ และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง หน้าตา รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550)

1.2.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อ ศีลธรรมจรรยา ความคาดหวัง และปณิธานที่บุคคลยึดถือ

1.2.2.2.1 ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-ethical-spiritual self)
ค่านิยมแบบไทยเรื่องเวรกรรม ทำให้บางส่วนมองความเจ็บป่วยเป็นการสะท้อนผลของการกระทำในอดีตของตนเอง บางรายรู้สึกผิดที่ต้องเป็นภาระให้พ่อแม่ที่สูงอายุต้องมาคอยเลี้ยงดู

1.2.2.2.2 ด้านความสอดคล้องภายในตน (Self-consistency)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความไม่คงที่ทางอารมณ์เนื่องจากสิ่งเร้าที่เข้ามาอย่างกะทันหัน และมีผลยาวนาน อาจแสดงออกแบบหงุดหงิดฉุนเฉียว

1.2.2.2.3 ด้านความหวังในอุดมคติ (Self-Ideal) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งที่สามารถปรับตัวได้และตั้งความหวังกับตนเองที่จะฟื้นสภาพ และผู้ป่วยที่สิ้นหวังไม่เชื่อว่าตนเองมีโอกาสดีขึ้นได้

1.2.2.2.4 ด้านความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่าภายหลังการเจ็บป่วยสูญเสียอำนาจในการควบคุมร่างกายของตนเอง ต้องเป็นภาระของครอบครัว

1.2.3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวในการแสดงบทบาทและการทำหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนคือพฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง และพฤติกรรมแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึก บทบาทของบุคคลแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่

1.2.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่ติดตัวแต่ละบุคคล ถูกกำหนดโดยช่วงชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ และระยะพัฒนาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงของชีวิต การแสดงออกตามเพศและวัยต้องถูกรบกวนจากการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายของตนเองกับผู้อื่น

1.2. 3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการที่สืบเนื่องจากบทบาทปฐมภูมิ เป็นบทบาทที่ถาวรและสำคัญ ไม่สามารถปล่อยวางได้ เช่น บทบาทของพ่อ/แม่/ภรรยา หรือบุตร บทบาททางอาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงออกถึง พฤติกรรมตามบทบาทในครอบครัวและอาชีพ ที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของโรค อาจถึงต้องออกจากงาน ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทในครอบครัวได้

1.2. 3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามธรรมชาติ เช่น บทบาทผู้ป่วย หรือบทบาทที่เกี่ยวข้องหรือบทบาทเสริมของบุคคลตามบทบาทปฐมภูมิและบทบาททุติยภูมิจากการเลือกอย่างอิสระของบุคคล เช่น การทำกิจกรรมงานอดิเรก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการแสดงบทบาทชั่วคราวในสังคมมักยุติลงในบทบาทผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถปรับตัวได้ดีจะ ให้ความร่วมมือ และ ปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งจากแพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัด

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่ เช่น บทบาทผู้นำครอบครัว ยิ่งถ้าครอบครัวใดไม่มีความรู้สึกรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวก็จะมีเปลี่ยนแปลงไป

1.2.4. การปรับตัวด้านการอาศัยพึ่งพาผู้อื่น (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงในสัมพันธภาพ เน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้และการรับความรัก ความนับถือ และการมีคุณค่า ตามปกติบุคคลมักพึ่งตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และจะยอมพึ่งคนอื่นบ้างในขอบเขตที่จำกัดและสังคมยอมรับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความพิการทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระดับการพึ่งพาจะลดหลั่นไปตามระดับความรุนแรงของโรค การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมมิได้ทั้งแบบที่พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปและการไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย พยายามปฏิบัติกิจวัตรต่างๆด้วยตนเองทั้งๆที่ทำได้จนอาจก่ออันตรายต่อตนเอง (จินตนา สมนึก, 2540) และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพามวลอื่นในการรับประทาน การเคลื่อนย้ายจากเตียงนอนไปยังรถเข็น การเดินการเคลื่อนที่ การแต่งตัวการสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การเข้าห้องน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได และแหล่งประโยชน์ที่บุคคลต้องการพึ่งพาคือ

1.2. 4.1 การพึ่งพามวลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ (Significant others) ผู้ซึ่งมีความหมายและสำคัญกับผู้ป่วยมากที่สุด อาจเป็น คู่สมรส เพื่อน สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจไม่มีตัวตนแต่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจของบุคคลนั้น เช่น พระเจ้า

1.2. 4.2 การพึ่งพาระบบสนับสนุน (Support system) อาจเป็นกลุ่ม องค์กร หรือ สมาคม โดยมีเจตนาเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

1.3 สิ่งนำออก (Output) เป็นสิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการกระทำและปฏิกิริยาตอบโต้ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกต ตรวจสอบได้ อาจเป็น

1.3.1 การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Adaptive response) เป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี ส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล

1.3.2 การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่มีความสมดุลในสถานการณ์ใหม่

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านเกิดจากการทำงานของกลไกการเผชิญเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล การปรับตัวที่เกิดขึ้นในด้านหนึ่ง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าเข้า

ไปกระทบการปรับตัวด้านอื่นๆหรือสิ่งเร้าชนิดหนึ่งอาจเข้าไปกระทบการปรับตัวหลายๆด้านในเวลาเดียวกันได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2. พัฒนาการวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) คือช่วงอายุ 20 ถึง 60 ปี นักจิตวิทยาแบ่งช่วงระยะพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตามอายุออกเป็น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) ตั้งแต่อายุ 20 ถึง 40 ปี วัยกลางคน (Middle age หรือ Middle adulthood) คือช่วงอายุ 40 – 60 ปี (สุชา จันทรเฒ, 2536)

2.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือช่วงอายุ 21 – 40 ปี

1) พัฒนาการทางร่างกาย

บุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพัฒนาการทางร่างกายอย่างเต็มที่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ร่างกายสมบูรณ์ มีการพัฒนาความสูงมาจากวัยรุ่นและจะมีความสูงที่สุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้ รวมทั้งกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมัน ในวัยนี้ร่างกายจะมีพลัง คล่องแคล่วว่องไว การรับรู้ต่างๆ จะมีความสมบูรณ์เต็มที่ เช่น สายตา การได้ยิน ความสามารถในการดมกลิ่น การลิ้มรส (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2538)

2) พัฒนาการด้านอารมณ์

วัยผู้ใหญ่จะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าวัยรุ่น คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกยอมรับผู้อื่นได้ดีขึ้น มีพัฒนาการด้านอารมณ์รักได้ในหลายรูปแบบ เช่น รักแรกพบ หรือรักแบบโรแมนติค มีความรู้สึกที่จะปรารถนาใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน (Papalia and Olas, 1995) มีการใช้การตอบสนองด้วยเหตุผลทั้งกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น (ทิพย์ภา เศษฐ์เขาวลิต, 2541)

3) พัฒนาการด้านสังคม

ทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพของอริคสัน วัยผู้ใหญ่ตอนต้นอยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 6 คือความใกล้ชิดสนิทสนมหรือการแยกตัว สังคมของบุคคลวัยนี้คือ เพื่อนรัก คู่ครอง บุคคลจะพัฒนาความรัก ความผูกพัน แสวงหามิตรภาพที่สนิทสนม (Papalia and Olas, 1995) การสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มใช้ชีวิตครอบครัวกับคู่ของตนเอง และเกิดการปรับตัวกับบทบาทใหม่

4) พัฒนาการทางสติปัญญา

ตามแนวคิดของเพียเจท์ (Piaget's theory) (Papalia and Olas, 1995) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพัฒนาการทางความคิดสติปัญญาอยู่ในระดับขั้นสูงที่สุดของพัฒนาการ มี

ความคิดเป็นระบบ และรู้จักจดจำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี

5) การปรับตัวกับบทบาทใหม่

วัยผู้ใหญ่ตอนต้นบุคคลส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงของการศึกษาระดับอุดมศึกษา หรือใกล้ที่จะสำเร็จการศึกษา จะมีการวางแผนในการเลือกอาชีพ เมื่อบุคคลสองคนตกลงใจใช้ชีวิตร่วมกันจึงต้องมีการปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น ได้แก่ บทบาทของการเป็นสามีหรือภรรยา บทบาทของการเป็นบิดามารดา

2.2 วัยผู้ใหญ่กลางคน (Middle age หรือ Middle adulthood) คือช่วงอายุ 40 – 60 ปี

1) พัฒนาการทางร่างกาย

ในวัยกลางคนนี้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงร่างกายจะเริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย ผิวหนังจะเริ่มเหี่ยวย่น หยาบ ไม่เต่งตึง ผมเริ่มร่วง และมีสีขาว น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากการสะสมไขมันใต้ผิวหนังเพิ่มมากขึ้น สายตาจะยาวขึ้น บางคนจะมีอาการหูตึงเนื่องจากความเสื่อมของเซลล์ การลิ้มรสและการได้กลิ่นเปลี่ยนแปลงไป ผนังเส้นเลือด หัวใจ ปอด ไต และสมอง มีความเสื่อมลงเช่นกัน (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541)

2) พัฒนาการด้านอารมณ์

ในบุคคลที่ประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานจะมีอารมณ์มั่นคง รู้จักการให้อภัย ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน มีความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะบุคลิกภาพค่อนข้างคงที่ บางคนจะมีอารมณ์เศร้าจากการที่บุตรเริ่มมีครอบครัวใหม่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรส หรือผิดหวังจากบุตร เป็นต้น

3) พัฒนาการด้านสังคม

ทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพของอีริคสัน วัยกลางคนอยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 7 คือการบำรุงส่งเสริมผู้อื่นหรือการพะวงเฉพาะตน บุคคลที่มีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ในวัยนี้จะแบ่งปัน เพื่อแผ่ ต่อบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะกับบุคคลที่เขาไว้ใจกว่า ในงานสังคมของบุคคลในวัยกลางคนส่วนใหญ่คือที่ทำงานและบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นในลักษณะเฝ้าดูความสำเร็จในการศึกษา และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของบุตร ในที่เป็น โสคกลุ่มเพื่อนที่สำคัญคือเพื่อนสนิทที่ผูกพันตั้งแต่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ระยะเวลาของวัยนี้ส่วนใหญ่เข้าสู่วัยใกล้เกษียณอายุการทำงาน บางคนสามารถปรับตัวได้ดี บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ รู้สึกท้อแท้ รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า อาจมีอาการซึมเศร้า (Kall & Cavanaugh, 1996)

4) พัฒนาการทางสติปัญญา

ในวัยนี้จะมีพัฒนาการทางสติปัญญาใกล้เคียงกับในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความคิดเป็นเหตุผล รู้จักคิดแบบประสานข้อขัดแย้งและความแตกต่าง จะสามารถรับรู้สิ่งที่เป็นข้อขัดแย้งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับข้อขัดแย้งนั้นๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538)

สรุป ปัญหาที่พบในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือปัญหาสุขภาพ เนื่องมาจากลักษณะการดำรงชีวิต (The Lifestyle) และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหารไขมันสูง ไม่มีกากใยอาหาร การทำงานนั่งโต๊ะ ขาดการออกกำลังกาย วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้นำไปสู่โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (Papalia and Olas, 1995) และปัญหาสุขภาพในผู้ใหญ่วัยกลางคนมาจากการที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของผนังเส้นเลือดหัวใจ ปอด ไต และสมอง จากสาเหตุความเสื่อมต่างๆ นี้ไปสู่การเกิดโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้มากขึ้น สาเหตุของโรคเกิดจากการอุดตัน การตีบหรือการแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ (นิจศรีชาญณรงค์, 2550) ถึงแม้ว่าโรคนี้จะสามารถป้องกันได้ แต่อุบัติการณ์การเจ็บป่วยยังคงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น อัตราการตายโรคนี้สูงเป็นอันดับที่ 3 ของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นจากโรคหลอดเลือดสมองนี้สูงเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด และอุบัติเหตุ

3.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke or Cerebrovascular disease) หมายถึง การที่มีการอุดตัน ตีบหรือแตกของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ทำให้เกิดอาการผิดปกติของการทำงานร่างกายส่วนที่สมองส่วนนั้นๆ ควบคุม (ก้องเกียรติ บุญญพิสิฐ, 2547; นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2547; พรภัทร ลิขิตชนสมบัติ, 2547; มงคล กริชติทายาวุธ, 2550 ; นิจศรีชาญณรงค์, 2551 และ McLaren, 1997)

3.2 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและเป็นต้นเหตุทำให้เกิดความพิการ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 3 รองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่สองของประชากรในซีกโลกตะวันตกรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (นิจศรี ชาญณรงค์ , 2551)จากรายงานของสมาคมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 1 ใน 2.6 คน เสียชีวิตจากโรคนี้ คิดเป็นอัตราส่วน 61% ซึ่งมากกว่าผู้ชาย ที่คิดเป็น 39% จากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานล่าสุดเมื่อปี 2548 ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ปีละเกือบ 6 ล้านราย หรือประมาณ 10% ของผู้เสียชีวิตทุกสาเหตุ เฉลี่ยตายนาที่ละ 11 ราย ขณะที่คนไทยป่วยเป็นโรคนี้ 242,023 ราย(WHO, 2007)

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาในทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตปีละ 5-6 หมื่นราย (กองสถิติสาธารณสุข, 2547)และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง นำหน้าโรคหัวใจ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ 690 คนต่อประชากรแสนคนหรือประมาณ 150,000 รายต่อปีโดยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 70 เป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

3.3 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

หลอดเลือดสมองตีบ ตันและแตกในระยะเฉียบพลันทำให้สมองส่วนดังกล่าวขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ มีผลให้เกิด failure of ionic pump เกิด oxygen free radicals mitochondrial injury, กระตุ้นเม็ดเลือดขาว และทำให้เกิดการคั่งของ Calcium, Sodium และ Chloride iron ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ phospholipase และ protease ทำให้ DNA และโครงสร้างของเซลล์เสียหาย (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551)

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุสำคัญอยู่ 2 ประการคือ

3.3.1 การตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ (Cerebral Ischemia) ผลตามมาก็คือมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและโครงสร้างของเนื้อสมองและ

ในที่สุดการทำงานของสมองจะผิดปกติไป (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2552) ก่อให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง แบ่งตามลักษณะของการเกิดโรคได้เป็น 4 กลุ่มคือ

3.3.1.1 Lacunar Infarction (small-vessel stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง โดยสาเหตุของการตีบหรืออุดตันมักเกิดจาก lipohyalinosis หรือ atherothrombosis ของหลอดเลือดเล็กๆ นั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้บริเวณสมองที่ขาดเลือดจะเล็กทำให้มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี อาการของโรคไม่ค่อยรุนแรง

3.3.1.2 Large Infarction (Large-vessel stroke) เกิดจากการเกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดภายในสมอง (intracranial artery) เช่น middle cerebral artery และ basilar artery หรือที่ไปยังสมอง (extracranial artery) เช่น internal carotid artery, vertebral artery โดย atherosclerotic plaque แตกออกทำให้เกิด thrombus ที่สามารถอุดตันหลอดเลือดบริเวณ atherosclerotic plaque นั้น หรือ thrombus นั้นอาจหลุดลอยไปเป็น emboli (artery-to-artery emboli) และก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย

3.3.1.3 Thrombosis เป็นการอุดตันในหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่ทำให้มีการหนาตัวจนทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนนั้นๆ ไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไป

3.3.1.4 Embolism เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือด หรือเป็นส่วนประกอบอื่น เช่น cholesterol crystal ซึ่งอาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในตำแหน่งที่ไกลออกไป เช่น อุดหลอดเลือดสมอง

3.3.2 การแตกของหลอดเลือดสมองทำให้มีเลือดออกในสมอง เลือดที่ออกจะรวมกันเป็นก้อนแทรกอยู่ในเนื้อสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและเนื้อสมองจะถูกบีบกด ดึงรั้งหรือมีการเคลื่อนที่ ในที่สุดเนื้อสมองจะถูกทำลายจนการทำงานผิดปกติไป (กาญจนา ศิริวราศย์, 2536)

3.4 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการอ่อนแรงของแขนขาของร่างกายข้างใดข้างหนึ่งอาจเป็นข้างขวาหรือข้างซ้ายก็ได้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่สมอง อาการอ่อนแรงของแขนขาจะเกิดตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง และจากการศึกษาพบว่าอัมพาตซีกซ้ายพบได้ร้อยละ 40 และอัมพาตซีกขวาพบได้ร้อยละ 54 (Anderson, et al., 1995) ผู้ป่วยบางรายจะมาด้วยอาการ ตา มัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะเป็นข้างเดียว ปวดศีรษะฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน พูดตะกุกตะกักลิ้นแข็งพูดไม่ชัด สับสน ถามตอบไม่เข้าใจ ชักเกร็ง หมดสติ หายใจไม่สม่ำเสมอ ถ้า

ช่วยไม่ทันอาจเสียชีวิตได้ (ณัฐ พสุธารชาติ, 2552) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการเคี้ยว และการกลืนซึ่งพบได้ถึง 24.3-52.6%ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักน้ำและอาหารได้

เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน และหลอดเลือดสมอง ก็มีขนาดต่างๆ กัน อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับช่วงระยะเวลาการดำเนินของโรค ตำแหน่งที่หลอดเลือดเกิดการตีบตันในสมองและขนาดของหลอดเลือดที่ตีบตันว่าเป็นหลอดเลือดใหญ่หรือ หลอดเลือดขนาดเล็ก อาการของโรคแบ่งความรุนแรงได้ 3 ระดับคือ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2549)

1) อาการน้อย คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจเป็นที่แขนอย่างเดียว ขาอย่างเดียว หน้า และแขน การเคลื่อนไหวช้าลง ที่ใบหน้าหรือมุมปาก อาการจะเกิดขึ้นในช่วงไม่กี่วินาที หรือ เป็น ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มนี้ถ้ารักษาแต่เนิ่นๆ ภายใน 2-4 สัปดาห์มักจะกลับคืนเป็นปกติ

2) อาการปานกลาง (อัมพฤกษ์) คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงจนสูญเสียการควบคุม การทรงตัวในบางขณะ ขยับไม่ได้หรือพูดไม่ได้เลย มีอาการตามัวครึ่งตา หรือมีดีไปข้างหนึ่ง การฟื้นตัว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มเห็นชัดประมาณสัปดาห์ที่ 3 อาการหลังจากนี้มักจะ ไม่กลับมาเป็นปกติ อาจมีอาการเกร็ง พูดไม่ชัด ต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุง

3) อาการหนัก (อัมพาต) คือ มักเกิดกับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบตัน มีโรคประจำตัวหลายอย่างอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือเคยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตมาก่อน เมื่อผ่านพ้นช่วงวิกฤติไปได้ ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ระดับหนึ่งแต่ไม่มาก แขนขาขยับเองไม่ได้ พูดไม่ได้ กล้ามเนื้อหน้าทำงานไม่เท่ากัน หนังตาตกกลอกตาไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก

การประเมินความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบประเมิน NIHSS STROKE SCALE ซึ่งการประเมิน NIHSS STROKE SCALE ในผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่าแปลผลว่ามีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ป่วยที่มี คะแนนต่ำกว่า (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551) ในการศึกษาทางคลินิกจัดคะแนน การประเมิน NIHSS STROKE SCALE โดยมีคะแนนเต็ม = 42 คะแนน แบ่งเป็น

ความรุนแรงของโรคน้อยโดยมีคะแนน NIHSS < 4 คะแนน

ความรุนแรงของโรคปานกลาง โดยมีคะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 4-22 คะแนน

ความรุนแรงของโรคมกโดยมีคะแนน NIHSS >22 คะแนน

โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังต่อไปนี้

1. 1a ระดับความรู้สึกรู้ตัว

0 คะแนน รู้สึกตัวปกติ ตอบสนองได้ดี

1 คะแนน ปลุกตื่นด้วยการกระตุ้นเพียงเบาๆ ตอบคำถามได้

2 คะแนน ปลุกตื่นแต่ต้องใช้แรงกระตุ้น หรือกระตุ้นซ้ำๆ

3 คะแนน ไม่ตอบสนอง หรือตอบสนองโดย reflex

2b ถาม “เดือน” และ “อายุ” ใช้คำตอบแรกที่ผู้ป่วยตอบ

- 0 คะแนน ตอบได้ถูกทั้งสองคำถาม
 1 คะแนน ตอบถูกหนึ่งคำถาม
 2 คะแนน ทำไม่ถูกเลย

2c ให้หลับตา ลืมตา และกำมือ แบนมือ

- 0 คะแนน ตอบได้ถูกทั้งสองคำถาม
 1 คะแนน ตอบถูกหนึ่งคำถาม
 2 คะแนน ทำไม่ถูกเลย

2. การรกลอกตา ให้ผู้ป่วยกลอกตาไปมา มองซ้าย-ขวา ขึ้นบน ลงล่าง

- 0 คะแนน กลอกตาได้ทุกทิศทาง
 1 คะแนน มีความผิดปกติในการรกลอกตา อาจจะเป็นข้างใดข้างหนึ่งก็ได้
 2 คะแนน กลอกตาไม่ได้เลย หรือตามองไปด้านใดด้านหนึ่งตลอดเวลา

3. การมองเห็น โดยให้ผู้ป่วยมองนิ้วผู้ตรวจการ

- 0 คะแนน มองเห็นปกติ
 1 คะแนน มองไม่เห็นเป็นบางส่วนทั้ง 2 ตา
 2 คะแนน มองไม่เห็นครึ่งซีกทั้ง 2 ตา
 3 คะแนน มองไม่เห็นเลยทั้ง 2 ตา

4. การมีหน้าเบี้ยว ตรวจโดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยิงฟัน

- 0 คะแนน ไม่มีหน้าเบี้ยว
 1 คะแนน หน้าเบี้ยวเล็กน้อย เวลายิงฟันจะเห็นว่าไบหน้า 2 ข้างไม่เท่ากัน
 2 คะแนน หน้าเบี้ยวมาก ไม่สามารถขยับมุมปากได้ แต่ยังหลับตาและยก

คิ้วได้

- 3 คะแนน ไม่สามารถเคลื่อนไหวไบหน้าครึ่งซีก หลับตาไม่สนิท ยิงฟัน

ไม่ได้

5. กำลั้งกล้ามเนื้อแขน ให้ผู้ป่วยนั่ง (ถ้านั่งได้) แล้วยกแขนขึ้น 90 องศา หรือนอนแล้วยก

แขน 45 องศา

- 0 คะแนน ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อยกแขน 10 วินาทีเต็ม
 1 คะแนน มีอาการอ่อนแรงภายใน 10 วินาที ที่ยกแขน แต่ไม่ตกลงกับเตียง
 2 คะแนน ยกแขนต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว

ยกขึ้น

90 องศา (หรือนอน 45 องศา) ไม่ได้

3 คะแนน ไม่สามารถยกแขนขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้

4 คะแนน ไม่สามารถยับแขนได้

5 คะแนน ไม่มีแขนหรือข้อยึด

6. กำลั้กกล้ามเนื้อขา ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงแล้วยกขาขึ้น 30 องศาใน 5 วินาที

0 คะแนน ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อให้ยกขา

1 คะแนน มีอาการอ่อนแรงเล็กน้อยภายใน 5 วินาที ที่ยกขา แต่ไม่ตกลงกับเตียง

2 คะแนน สามารถยกขาได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว

3 คะแนน ไม่สามารถยกขาขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้

4 คะแนน ไม่สามารถยับขาได้

5 คะแนน ไม่มีขาหรือข้อยึด

7. อาการเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ataxia)

0 คะแนน ไม่มีอาการเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ

1 คะแนน มีความผิดปกติที่แขนหรือขาข้างเดียว

2 คะแนน มีความผิดปกติที่แขนและ/หรือขา 2 ข้าง

8. การรับรู้ความรู้สึก

0 คะแนน ปกติไม่มีอาการชา

1 คะแนน มีอาการชา เล็กน้อยหรือปานกลาง เมื่อใช้ของแหลมทดสอบ จะรู้สึกน้อยกว่าปกติหรือรู้สึกว่ามีแหลม

2 คะแนน มีอาการชามาก หรือไม่รู้สึกละเอียดของแหลมมาทิ่ม หรือมีการสัมผัส

9. การใช้ภาษา ให้ผู้ป่วยดูภาพที่ได้เตรียมมาแล้วบรรยายภาพ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อสิ่งของที่มองเห็นในภาพที่เตรียมไว้

0 คะแนน ปกติ

1 คะแนน มีความผิดปกติทางภาษาเล็กน้อย พูดตะกุกตะกักหรือไม่เข้าใจรูปภาพบ้าง

2 คะแนน มีความผิดปกติทางภาษาอย่างรุนแรง สามารถบรรยายภาพได้ แต่ตะกุกตะกักมาก ต้องอาศัยผู้ตรวจช่วยเดาความหมาย ไม่

เข้าใจภาษาพูด

3 คะแนน ไม่พูดเลย ไม่สามารถเข้าใจภาษา (global aphasia)

10. เสียงพูด

0 คะแนน เสียงปกติ

1 คะแนน เสียงพูดผิดปกติเล็กน้อย พูดไม่ชัด แต่พอฟังรู้เรื่อง

2 คะแนน เสียงพูดผิดปกติอย่างมาก ฟังไม่รู้เรื่อง

3 คะแนน ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีภาวะอื่นที่ทำให้ไม่สามารถพูดได้

11. การไม่สนใจร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง

0 คะแนน ไม่มีความผิดปกติเลย

1 คะแนน มีความผิดปกติ ไม่สนใจซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเล็กน้อยไม่ว่าจะเป็นลานสายตา การสัมผัส ฯลฯ

2 คะแนน มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ไม่สนใจซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย

3.5 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ เพศ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ มีไขมันในเลือดสูง การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การใช้ฮอร์โมน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงกลุ่มนี้สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ด้วยการรักษาต่อเนื่อง และการใส่ใจดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.5.1 อายุ: มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดได้เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคสูงเป็น 2 เท่าของคนอายุน้อย และจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 22 คน 32 คน และ 83 คนในประชากร 100,000 คน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี 55-64 ปี และ 65-74 ปีตามลำดับ (กาญจนา ศิริวราชัย, 2536)

3.5.2 เพศ: เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง ประมาณร้อยละ 30 และในวัยเจริญพันธุ์อัตราการเกิดโรคนี้ในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย แต่หลังวัยเจริญพันธุ์แล้วอัตราการเกิดโรคจะไม่แตกต่างกัน (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2552)

3.5.3 โรคความดันโลหิตสูง: 70% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรค ของระบบหลอดเลือดสมอง ได้มากกว่าคนปกติ เพราะจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้ง่ายขึ้น ถ้าระดับ Diastolic 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงมากถึง 10-12 เท่า (ก้องเกียรติ ภูมัทธ์กันทรากกร, 2547)

3.5.4 โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นเวลานาน โดยมีได้รับการรักษา หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาต ชนิดหลอดเลือดตีบ ได้สูง เพราะโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือด

แข็งตัวทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมอง จะเกิดอัมพาตขึ้น อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้สูงกว่าปกติ 2-3 เท่า (กิตติ ลีมอภิชาติ, 2534)

3.5.5 โรคหัวใจ: ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2-5 เท่าของคนปกติ และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเทรียลไฟบริลเลชัน (Atrial Fibrillation) มีโอกาสเสี่ยงสูงถึง 6 เท่าเป็นสาเหตุทำให้มีลิ่มเลือดไหลไปอุดตันที่สมอง หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ (ณัฐ พสุธารชาติ, 2552)

3.5.6 การสูบบุหรี่: การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริม ให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย (ณัฐ พสุธารชาติ, 2552)

3.5.7 มีไขมันสูงในหลอดเลือด : โดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ จะทำให้หลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพและมีการอุดตันในที่สุด (นิจศิริ ชาบุญรงค์, 2549)

3.5.8 แอลกอฮอล์: อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ ถ้าดื่มเป็นปริมาณมาก เพราะจะทำให้เกิด ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดตีบตามมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2547)

3.5.9 ขาดการออกกำลังกาย : การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วน ซึ่งจะเพิ่มปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552)

3.6 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อจะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดในช่วง 1 เดือน- 1 ปีหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Barbara Hicks, 2004)

การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ฟื้นฟูสภาพที่สูญเสียไปให้กลับคืนมามากที่สุด ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2552) และส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น (Marc, F, 1995) ประกอบด้วย

3.6.1 การควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40% เกิดจากความดันโลหิตสูงควรคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท เนื่องจากความดันโลหิตที่มากกว่า 160/90 มม.ปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Gary Friday et al, 2002)

3.6.2 การควบคุมโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำได้โดยการควบคุมโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้

เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ Cholesterol ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรควบคุมให้น้อยกว่า 170 มก./เดซิลิตร และ LDL โดยพบว่ามีส่วนทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแข็งตัวเช่นกัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรควบคุมให้น้อยกว่า 100 มก./เดซิลิตร โรคหัวใจที่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ มีลิ้นหัวใจตีบ โรคหัวใจที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติเช่น หัวใจเต้นผิดปกติแบบ atrial fibrillation จะทำให้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปอุดตันในสมองได้ แพทย์อาจให้ warfarin เพื่อป้องกันลิ่มเลือดแข็งตัว โรคเบาหวานจะทำให้มีหลอดเลือดแข็งตัวทั่วร่างกายถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองจะทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ดังนั้นหากเป็นโรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชม .(fasting blood sugar : FBS) ควรต่ำกว่า 140 มก./เดซิลิตร และน้ำตาลสะสม (hemoglobin A1C : HbA1C) ควรต่ำกว่าร้อยละ 7 และผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันชั่วคราว จะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดซ้ำ 15-20 % ต้องปรึกษาแพทย์และรับประทานยา aspirin เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Wolf, PA et al, 1991)

3.6.3 การดูแลด้านโภชนาการ ประกอบด้วย

3.6.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากปัจจุบันวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปมีการรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ขนมเติมผงฟู เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ อาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูป ผลไม้แปรรูปมากขึ้น และการดื่มสุรา กาแฟ น้ำอัดลม ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกนี้ทำให้อ้วน ซึ่งคนอ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ที่น้อยเกินไป และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น Louis R. Caplan(2006)กล่าวว่า การบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ถ้ามีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร พร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างถูกต้อง หลักโภชนาการ โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงตลอดจนการนำหลักโภชนาการมาใช้ให้ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ จะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นและยังเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองลงได้

3.6.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาเหลืออยู่ควรมี การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรงและฝึกใช้มือที่อ่อนแรง ควบคู่กับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม

ความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี โดยการถ่ายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมส่วนที่ไม่มีปัญหาให้มีสภาพที่ดีที่สุด (I-Min Lee. et al, 1999)

3.6.3.3 การรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยา ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดหรือปรับเปลี่ยนยาเอง (John W. Norris, 2008) ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- 1) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Antiplatelets) ได้แก่ Aspirin, Plavix
 - 2) ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) ได้แก่ Warfarin
- ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบได้คืออาการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร และยานี้อาจทำให้เลือดออกง่าย เนื่องจากทำให้การเกาะตัวของเกล็ดเลือด (Platelets Aggregation) ลดลง ดังนั้นควรแนะนำผู้ป่วยหากมีอาการผิดปกติ หลังได้รับยาเช่น มีเลือดออกผิดปกติ ปัสสาวะเป็นเลือด มีจ้ำเลือดเกิดขึ้นตามตัว หรือมีเลือดออกตามไรฟันมากผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

3.6.3.4 การควบคุมอารมณ์ การที่มีความเครียดสะสมเรื้อรังทำให้เกิดอาการทางกาย และทางอารมณ์ จากการศึกษาของ Thomas Truelsen. et al(2003)พบว่าผู้ชายที่มีความเครียดสูงจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่ไม่เครียด และความเครียดก่อให้เกิดโรคทางกายคือ โรคทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (Karin J.M. McCoy, 2006)

3.7 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความบกพร่องต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Related Impairments) เกิดจากพยาธิสภาพของสมองในส่วนต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานที่ของระบบประสาท มีการคิดรู้ลดลงร่วมกับระบบการควบคุมกล้ามเนื้อที่สูญเสียไป ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาในทุกๆ ของโรค แบ่งได้ดังนี้ (Evans A, et al, 2002)

3.7.1 ผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ได้แก่

3.7.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการคิดรู้ (cognitive) ความบกพร่องด้านการคิดรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลายปัจจัยเช่น พยาธิสภาพของสมอง ความจำบกพร่องภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาด้านการคิดรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้สึกโดยที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทรับ

ความรู้สึก และระบบประสาทสั่งการ มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณสมองส่วน nondominant parietal lobe

3.7.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกและการอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาหนัก ขื่นเคลื่อนไหวด้วยมือและขาที่มีความลำบาก ส่งผลให้มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงนอนไปยังรถเข็น การเดิน การเคลื่อนที่ การแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การเข้าห้องน้ำ การควบคุมการถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได

3.7.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร สมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร คือ ซีรีบรัม (Cerebrum) มีหน้าที่เกี่ยวกับ การเรียนรู้ ความสามารถต่างๆ การพูด การมองเห็น การดมกลิ่น การชิมรส แบ่งเป็นสองซีก แต่ละซีกเรียกว่า Cerebral hemisphere และแต่ละซีกจะแบ่งได้เป็น 4lobe ดังนี้ 1) Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการออกเสียง ความคิด ความจำ สถิติปัญญา บุคลิก ความรู้สึก 2) Temporal lobe ทำหน้าที่ควบคุม การได้ยิน การดมกลิ่น 3) Occipital lobe ทำหน้าที่ควบคุมการมองเห็น 4) Parietal lobe ทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกด้านการสัมผัส การพูด ความผิดปกติของการสื่อสารแบ่งออกเป็น ความบกพร่องด้านการพูด /เสียง (speech/ articulation disorder) เช่น พูดไม่ชัด ระบบการออกเสียงผิดปกติ ขาดความคล่องตัวในการพูดและจังหวะการพูดผิดปกติและความบกพร่องด้านการสื่อภาษา (language disorder) หมายถึง บกพร่องของความสามารถในการคิดรู้ ความเข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การเขียน การอ่าน การแปลความหมายจากการได้ยิน

3.7.1.4 ความผิดปกติในเรื่องการกลืนอาหาร (Dysphagia) ความบกพร่องในการกลืนอาหารเป็นภาวะที่พบได้ประมาณ 65-30% หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ การกลืนของเหลวและน้ำพบได้บ่อยที่สุดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Norine C, 2009) โดยเฉพาะพวกที่มีพยาธิสภาพบริเวณ brainstem ร่วมกับ unilateral หรือ bilateral hemisphere และ multiple infarctions อาการกลืนลำบากได้แก่ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จนถึงไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ทั้งนี้ขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีปัญหาใน phase ใดของการกลืนซึ่งเมื่อเกิดภาวะกลืนลำบากมักจะเกิดปัญหาด้านโภชนาการตามมา จากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วย Post Stroke ที่มีปัญหาการกลืนลำบากมักเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ถึง 24.3-52.6% (Crary MA, et al, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า 6 เดือนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยยังมีปัญหาการกลืนลำบากทั้งในระดับน้อยและระดับปานกลาง (Westergren A, 2001)

3.7.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้สัมผัส (Peripheral sensory deficit) เช่น pain, temperature touch, joint position และ vibration ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะเสียไปมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ความบกพร่องของประสาทสัมผัสรับความรู้สึกจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และการเดินของผู้ป่วย

3.7.1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย (Uninhibited Bladder and Bowel) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มักมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย สาเหตุเกิดจากการขาด voluntary inhibition เนื่องจากมีพยาธิสภาพของสมอง ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ (fecal incontinence) มักพบไม่บ่อย

3.7.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่าประมาณร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความกังวล มีผลทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

3.7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง อารมณ์วิตกกังวลอาจพบได้ในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจว่า ตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ ต้องการให้ช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่สามารถทำได้ จนเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งสามารถพบได้ถึง 30-60%) สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , 2550 (ภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกมาในหลายลักษณะ เช่น หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร หดหู่ใจ ผิวนิในการกระทำกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกหวาดกลัว นอนไม่หลับ พุดคุยน้อยกว่าปกติ มักนั่งร้องไห้เมื่ออยู่คนเดียว เป็นต้น(โสพลินี เหมรุ่งเรือง, 2550)

3.7.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงแขนขาอ่อนแรงการคิดรู้เปลี่ยนแปลง บทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้นประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคมจากสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เช่น จากที่ผู้ป่วยเคยพึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น ต้องกลับกลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้ผู้ป่วยทำใจยอมรับกับบทบาทใหม่ไม่ได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้(ประภัสสร สมศรี , 2549) และจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และความพิการที่หลงเหลืออยู่ทำให้ต้องพึ่งพาสมาชิกภายในครอบครัวในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

3.7.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้เท้า (สุชาติ กาสิวงศ์, 2545)

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

4.1 ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

นักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้มากมาย ดังนี้
 สุเนตรา นิมนันท์ (2537) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะความชอบ ความเคยชินในการบริโภคอาหาร แบบอย่างที่ยึดถือ โดยสังเกตได้จากการเลือก ประุง เก็บรักษาและรับประทานอาหารที่ปฏิบัติเสมอๆจนเคยชิน หรือพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำด้วยความชอบ ความเคยชินและความเต็มใจในการกินอาหารเพื่อสนองความต้องการของตนเองโดยพฤติกรรมนี้ได้กระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง

กัลยา ศรีมหันต์ (2541) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออก เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภคสุขนิสัยในการบริโภคและทางด้านการคิดความรู้สึกต่างๆ ต่อการบริโภคอาหาร สิ่งเหล่านี้ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้วก็จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา

WHO (2007) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหาร การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่ รับประทานอะไร จำนวนมือที่รับประทาน รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร

คว้น ขาวหนู (2534) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง อุปนิสัยในการบริโภคของแต่ละบุคคล แต่ละคนจะมีนิสัยในการกินอย่างไร รวมถึงความเคยชินต่อการบริโภคอาหารของบุคคลในแต่ละท้องถิ่นซึ่งไม่เหมือนกัน

คุณฉวี สุทธิปริยาศรี (2539) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งคำพูด กิริยา ท่าทาง และการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ในการเลือกเก็บและรับประทานอาหาร

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารหรือไม่รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน โดยพิจารณาชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภค

ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคร่วมของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เพราะฉะนั้นการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมด้วย หลักสำคัญในการปฏิบัติคือ

4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วม การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในทางตรงกันข้ามการบริโภคอาหารประเภทธัญพืช ผัก และผลไม้ช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้นการบริโภคอาหารเพื่อช่วยการควบคุมความดันโลหิตประกอบด้วย (Tiwaporn M, 2008)

4.2.1 จำกัดการรับประทานโซเดียมไม่เกินวันละ 2400 มิลลิกรัม อาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารที่มีการแปรรูป อาหารกระป๋อง อาหารที่มีผงฟู หรือผงชูรสและเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือแกง น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสต่างๆ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่จำกัดปริมาณโซเดียมควรปฏิบัติดังนี้

- 1) จำกัดการใช้เครื่องปรุงที่มีรสเค็ม
- 2) หลีกเลี่ยงอาหารหมักดองทั้งชนิดเค็มและเปรี้ยว ได้แก่ ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง แหนม ปลาส้ม หน่อไม้ดอง
- 3) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานและเค็มจัด เช่น หมูแผ่น หมูหยอง หมูสวรรค์ กุนเชียง
- 4) หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง อาหารปรุงสำเร็จ และอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กซอง
- 5) หลีกเลี่ยงอาหารรมควัน เช่น แฮม ไส้กรอก เบคอน
- 6) หลีกเลี่ยงอาหารบรรจุกระป๋องต่างๆ เช่น ผลไม้กระป๋อง ผักกระป๋อง ชูปลกระป๋อง ขนมกรูบกรอบ
- 7) หลีกเลี่ยงขนมที่มีการเติมผงฟู เช่น เค้ก ลูกเกี๊ว แพนเค้ก ขนมนึ่ง
- 8) เมื่อรับประทานอาหารนอกบ้านควรแจ้งทางร้านปรุงอ่อนเค็มและไม่ใส่ผงชูรส

9) นำสมุนไพรและเครื่องเทศมาใช้ในการปรุงอาหาร เพื่อช่วยเพิ่มรสชาติให้กับอาหารที่ปรุงอ่อนเค็มน่ารับประทานมากขึ้น เช่น พริกไทย ลูกผักชี รากผักชี กระเทียม หอม ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ขิง ใบกระเพรา กระชาย

4.2.2 รับประทานผักและผลไม้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน

4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีไขมัน

คอเลสเตอรอลในเลือดสูงร่วม คอเลสเตอรอลในเลือดเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง และการสร้างภายในร่างกายเองโดยสร้างจากกรดไขมันอิ่มตัว ดังนั้นผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงควรลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ประกอบด้วยกรดไขมันอิ่มตัวสูง (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อลดคอเลสเตอรอล ประกอบด้วย

4.3.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง เช่น สมอสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ หมูสามชั้น มันหมู อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม

4.3.2 จำกัดปริมาณคอเลสเตอรอลในอาหารไม่เกินวันละ 200 มิลลิกรัม โดยปฏิบัติดังนี้

- 1) รับประทานไข่แดงไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง
- 2) หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์
- 3) เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา

เนื้อไก่ไม่ติดมันและหนัง เต้าหู้

- 4) เลือกดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมพร่องมันเนย หรือนมขาด

ไขมัน

4.3.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันหมู เนย ครีม

4.3.4 เลือกวิธีปรุงอาหารที่ไม่ใช้ หรือใช้น้ำมันน้อย เช่น ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ย่าง ยำ แทนการทอด ผัด เจียว

4.3.5 ใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงในการรับประทานอาหาร เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด

4.3.6 รับประทานเนื้อปลาทะเลสัปดาห์ละ 4-6 ช้อนโต๊ะ

4.3.7 รับประทานอาหารที่มีเส้นใยให้มากขึ้น ได้แก่ ผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวซ้อมมือ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นต้น

แต่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงควรหลีกเลี่ยงน้ำหวาน ขนมหวานทุกชนิด แอลกอฮอล์ และรับประทานอาหารหมวดแป้งแต่พอควร

4.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานร่วม

4.4.1 อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (วินัส ลิพทกุล, 2545) คือ

1) กลุ่มที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ น้ำตาลทุกชนิด น้ำผึ้ง ขนมหวานและขนมเชื่อมต่างๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมชั้น สังขยา ฯลฯ ผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทูเรียน สับปะรดกวน น้ำหวานต่างๆ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น ชา กาแฟ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน องุ่น ลำไย มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า ลิ้นจี่ อ้อย ผลไม้เชื่อมหรือเชื่อมน้ำตาลทั้งหลาย

2) กลุ่มที่ต้องจำกัดปริมาณ คืออาหารพวกแป้ง ข้าว เผือก มัน ถั่ว เมล็ดแห้งต่างๆ ถั่วเขียวถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วคั่ว ถั่วคั่วคั่ว โรนีย์ เป็นต้น ลดอาหารไขมัน เช่น ขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หรืออาหารทอด ตลอดจนไขมันจากพืชบางอย่าง เช่น กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มอาหารสำเร็จรูป หรือ อาหารพิเศษสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น น้ำตาลจากผลไม้ ผักประเภทหัวที่มีน้ำตาลหรือแป้งมาก เช่น หัวผักกาด ฟักทอง หัวหอม กระเจี๊ยบ ถั่วงอกหัวโต หัวปลี ผลไม้บางอย่าง เช่น ส้ม เงาะ สับปะรด มะละกอ ฝรั่ง กัลยาร เป็นต้น

3) กลุ่มที่รับประทานได้ไม่จำกัด ได้แก่ ผักทุกชนิด แต่ยกเว้นผักประเภทที่มีแป้งมาก ได้แก่ ฟักทอง ถั่วลิสงเตา แครอท สะเดา อาหารโปรตีนประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ไข่ ปลา กุ้ง เนื้อ หมู และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้ เป็นต้น

4.4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) เลือกรับประทานอาหาร โดยคำนึงถึงพลังงานของอาหารคือ พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต (แป้ง) ประมาณ 55 - 60 % พลังงานจากโปรตีน (เนื้อสัตว์) ประมาณ 15 - 20 % พลังงานจากไขมัน ประมาณ 25 %

2) ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ต้องลดปริมาณลง อาจจะเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยรับประทาน ห้ามน้ำตาลและของหวานทุกชนิด รวมทั้ง อาหารมันๆ และของทอด

3) เลือกรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่วฝักยาว ถั่วแขก ผักทุกชนิด

4) อย่านับประทานจุกจิกและไม่ตรงเวลา

5) รับประทานในปริมาณสม่ำเสมอ และคงที่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป หรือน้อยเกินไปในบางมื้อ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ยาก

6) ผู้ที่เป็นความดันเลือดสูง หรือโรคไตร่วมด้วย ไม่ควรรับประทานอาหารรสเค็มจัด ควรจะลดอาหารเค็ม

7) ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาชนิดอินซูลินที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น NPH หรือ Monotard ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน 24 ชั่วโมง และออกฤทธิ์สูงสุดในตอนเย็น หรือกลางคืน อาจต้องจัดแบ่งอาหารออกเป็น 4-6 มื้อ โดยเพิ่มอาหารว่างตอนบ่ายและมื้อกลางคืน ควรจัดแบ่งปริมาณให้เหมาะสม ไม่ให้บางมื้อมากเกินไป

4.2.3 ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานร่วม ควรรับประทานในแต่ละวัน ในกลุ่มอาหารที่ต้องจำกัดปริมาณ

หมวดที่ 1 นม วันละ 2-3 ส่วน นม 1 ส่วน คือ 240 cc. หรือนมผง 1/4 ถ้วยตวง

หมวดที่ 2 เนื้อสัตว์ วันละ 2-3 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน - 30 กรัม หรือไข่เป็ดไข่ไก่ 50 กรัม

หมวดที่ 3 ข้าวและแป้ง วันละ 6-11 ส่วน ตัวอย่างเช่น

ข้าวสุก 1 ส่วน	=	1 ทัพพี
ขนมปังปอนด์ 1 ส่วน	=	1 แผ่นใหญ่
ขนมจีน 1 ส่วน	=	2 จับ
กล้วยเดี่ยว 1 ส่วน	=	1/2 ถ้วยตวง
วุ้นเส้นแช่น้ำ 1 ส่วน	=	1/2 ถ้วยตวง

หมวดที่ 4 ผัก ที่ต้องจำกัดปริมาณ วันละ 2-3 ส่วน ผัก 1 ส่วน เท่ากับ ผักน้ำหนัก 100 กรัม ได้แก่ ถั้วฝักยาว ถั้วลันเตา ดอกกะหล่ำ หอมหัวใหญ่ ฟักทอง บร็อคโคลี่ ใบจี่เหล็ก ดอกกุยช่าย ชะอม พริกหวาน สะเดา แครอท สะตอ เห็ด ผักกะเฉด ข้าวโพดอ่อน

หมวดที่ 5 ผลไม้ วันละ 2-4 ส่วน ตัวอย่างเช่น

ผลไม้ 1 ส่วน	เท่ากับจำนวน
กล้วยน้ำว้าสุก, น้อยหน่า	1 ผลเล็ก
กล้วยหอม, มะม่วง, แอปเปิ้ล	1/2 ผล
เงาะ	3 ผล

ผลไม้ 1 ส่วน	เท่ากับจำนวน
มะละกอ, สับปะรด	6 ช้อนคำ
แคนตาลูป	8 ช้อนคำ
แตงโม	10 ช้อนคำ
กลางสาค, ชมพู่	5 ผล
องุ่น	10-12 ผล

หมวดที่ 6 ไขมัน รับประทานให้น้อยที่สุดและควรเป็นไขมันจากพืช เช่น น้ำมันรำ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันฝ้าย ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม

4.5 ความต้องการพลังงานและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

สภาพ

ความต้องการ พลังงานและ สารอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมเกิดจากความสมดุลของพลังงานที่ได้รับจากอาหารและการใช้พลังงานในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย ดังนั้นการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้พลังงานที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากหรือน้อยเกินไปจึงมีความสำคัญมาก ตารางแสดงการประมาณค่าพลังงานและไขมันจากอาหารที่ควรได้รับใน 1 วันสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ

น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	พลังงานที่ควรได้รับ (กิโลแคลอรี/วัน)	ไขมันที่ควรได้รับ (กรัม/วัน)
40-50	1200-1500	35-50
51-60	1500-1800	42-60
61-70	1800-2100	50-70
71-80	2100-2400	58-80

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการสารอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เช่นเดียวกับบุคคลอื่น แต่ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดจะลดลงเนื่องจากมีกิจกรรมต่างๆลดลงจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ อัตราการเผาผลาญ และการออกกำลังกายลดลง (Cairella G, Scalfi L. et al, 2004) พลังงานที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับมีดังนี้

4.5.1 พลังงาน (Energy) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการพลังงานน้อยกว่าความต้องการในคนปกติเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง การเผาผลาญใน

ร่างกายลดลง การเคลื่อนไหวลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการพลังงานของร่างกายขึ้นอยู่กับอายุ สภาพของร่างกาย และการใช้แรงงานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ลัดดา จามพัฒน์ , 2548) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับพลังงานที่สมดุล ตามสูตรการคำนวณของ Harris- Benedict (สุรัตน์ โคมินทร์, 2545) โดยพิจารณาจากเพศ น้ำหนัก (W) เป็นกิโลกรัม ส่วนสูง (H) เป็นเซนติเมตร และอายุ(A) โดยถือว่าความต้องการพลังงานของร่างกายในแต่ละวันเท่ากับความต้องการขั้นพื้นฐานบวกความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากความหนักเบาของโรค ความสูงของไข้และการเคลื่อนไหว จึงได้สูตรความต้องการพลังงานระดับพื้นฐาน (basal energy expenditure = BEE)คือผู้ชาย = $66 + (13.7W) + (5H) - (6.8A)$ แคลอรี/วัน ผู้หญิง = $655 + (9.6W) + (1.7H) - (4.7A)$ แคลอรี/วัน แต่พลังงานที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เนื่องจากจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต เพราะจะทำให้ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้อ้วนได้ง่าย ดังนั้นจึงควรลดปริมาณไขมันและคาร์โบไฮเดรตให้น้อยลงแต่ให้คงปริมาณและคุณภาพของโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุไว้ (Srinivasan M., Roffe C., 2010)

4.5.2 สารอาหารและปริมาณที่ควรได้รับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.5.2.1 โปรตีน (Protein) ควรได้รับโปรตีนจากอาหารให้เพียงพอเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และควรได้เท่ากับภาวะปกติคือ ร้อยละ 10-20 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมดประมาณวันละ 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วันควรเป็นโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ชนิดไม่ติดมัน เช่น ปลา นํ้านมพร่องมันเนย ถั่วเหลือง เต้าหู้ และถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ แต่ควรระวังไม่กินอาหารโปรตีนมากเกินไป เพราะการได้รับโปรตีนเกินกว่าความต้องการของร่างกายจะนำไปเผาผลาญเป็นพลังงานหรือเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมันทำให้อ้วนได้ แต่ถ้าได้รับน้อยเกินไป จะทำให้เกิดการขาดโปรตีน เพราะร่างกายจะสลายโปรตีนจากเนื้อเยื่อต่างๆมาใช้เป็นพลังงาน ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และมีความต้านทานต่ำ (Salah Gariballa, 2004)

4.5.2.2 ไขมัน (Lipid) ไขมันเป็นแหล่งให้พลังงาน กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกายและเป็นตัวทำละลายวิตามินเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในร่างกาย ซึ่งความต้องการสารอาหารไขมันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ควรเกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานทั้งหมด และมีกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ส่วนโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ควรเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน (วินัส ลิพทกุล , 2545) เนื่องจากถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับปริมาณไขมันมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ง่าย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นควรลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัว ซึ่งพบมากในอาหารผลิตภัณฑ์สัตว์ และน้ำมันมะพร้าวเป็นต้น ควรบริโภคน้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมากแทนไขมัน

จากสัตว์ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกสูง ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ เป็นต้น ปริมาณน้ำมันพืชที่ควรได้รับต่อวันคือ ประมาณ 1.5 – 2 ช้อนโต๊ะ (Tiwaporn Maneerattanasupore, 2008)

4.5.2.3 คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) การรับประทานคาร์โบไฮเดรตมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการทำลายของเนื้อเยื่อโปรตีน รักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด ให้พลังงานแก่ร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับสารอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 – 60 ของพลังงานทั้งหมด ควรรับประทานอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเนื่องจากจะได้รับประโยชน์จากเส้นใยที่มีอยู่ในอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนซึ่งได้แก่ ข้าวซ้อมมือ แป้ง เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงอาหารพวกของเชื่อม ขนมหวาน ลูกก๊วย เพราะให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าต่ำ ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อยแทน (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552)

4.5.2.4 วิตามินและเกลือแร่ (Vitamins & Minerals) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องฟันและระบบย่อยอาหาร จึงมักเลือกรับประทานอาหารอ่อนที่เคี้ยวง่าย ซึ่งอาจมีผลต่อการบริโภควิตามินได้ เนื่องจากแหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผักและผลไม้ ดังนั้นควรได้รับผัก ผลไม้ ให้เพียงพอในแต่ละวัน ผักและผลไม้ (แต่ไม่ควรบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก) เป็นอาหารที่มีวิตามิน เกลือแร่ และให้ใยอาหารและช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) แต่ควรจำกัดเกลือโซเดียมให้น้อยลง การกินเกลือมากๆ (มากกว่า 14 กรัม/วัน) จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่ถ้ากินเกลือต่ำ (น้อยกว่า 1 กรัม/วัน) จะลดความดันโลหิตได้ (Chai J, 2008)

4.6 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม ควรมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร หลักสำคัญในการปฏิบัติและเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Neeraj Badjatia, et al, 2008) ดังนี้

- 4.6.1 กินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม
- 4.6.2 ลดปริมาณไขมันที่กินให้น้อยลง ไม่เกินร้อยละ 30 ของ ปริมาณที่ได้รับ
- 4.6.3 หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ ไขมันสัตว์ หนังสัตว์ และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันติดมาก ๆ เช่น กระจุกหมู หมูสามชั้นและขาหมู
- 4.6.4 เลือกใช้น้ำมันที่มีกรดไลโนเลอิกปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง
- 4.6.5 ลดการกินขนมหวาน และผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน
- 4.6.6 เลือกกินอาหารที่มีเส้นใยสูงเพิ่มขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ
- 4.6.7 งดการกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทุกชนิด ใช้เครื่องปรุงเท่าที่จำเป็น

4.6.8 เลือกประกอบอาหารด้วยวิธีอบ นึ่ง ย่าง ต้ม แทนการใช้น้ำมันทอด

4.6.9 หลีกเลี่ยงน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

4.7 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ความบกพร่องทางการกลืนที่ เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทนั้น พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ปัญหาการกลืนลำบากจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมา

อาหาร ที่ผู้ป่วยใช้ในการฝึกกลืนนั้นอาหารจะต้องมีความพิเศษทางกายภาพให้อื้อ ต่อสมรรถภาพการกลืนของผู้ป่วย อาหารที่มีความหนืดสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการกลืนสูง ขณะที่อาหารที่มีความหนืดน้อย เช่น น้ำ กลืนง่ายแต่สำคัญง่ายเนื่องจากมีความสามารถในการไหล (Flowability) อาหารที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2552) ได้แก่

- 1) โจ๊กปั่น ที่มีส่วนผสมของ ข้าว : สันในไก่ : ตำลึง
- 2) โจ๊กกะหล่ำปลี ที่มีส่วนผสมของ เส้นหมี่ : ไข่ขาว : ฟักทอง
- 3) นมถั่วเหลืองปั่น ที่มีส่วนผสมของ น้ำเต้าหู้ : ไข่ขาว : แครอท
- 4) ซุปข้าวโพดปั่น ที่มีส่วนผสมของ ข้าวโพดต้มผ่าน: สันในไก่ : ตำลึง

การเลือกใช้อาหารที่วางขายตามท้องตลาด เช่น เยลลี่ จากการศึกษพบว่าเยลลี่มีคุณสมบัติ ทางกายภาพที่ดีกว่าน้ำ เพราะไม่กระจาย แต่กลืนยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนหรือ กล้ามเนื้อคอหอยอ่อนแรง อีกทั้งยังมีคุณค่าทางอาหารต่ำจึงไม่ควรใช้เป็นอาหารหลัก และห้ามรับประทานอาหารที่มีความหนืดสูงเช่น ขนมโก้ ขนมเปี๊ยะ อาจกลืนติดและอุดกั้นทางเดิน หายใจได้ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

4.8 อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange list) เป็นการแลกเปลี่ยนอาหารใน หมวดเดียวกันหรือระหว่างหมวด เพื่อให้จำนวนแคลอรีต่อวันใกล้เคียงกัน จะใช้วิธีการคำนวณหา ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และพลังงานอาหารแต่ละหมวดหมู่ เพื่อช่วยให้การเลือกอาหารเป็นไปได้ง่าย รับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้นจึงได้มีการ จำแนกอาหารออกเป็น 6 หมวด ในแต่ละหมวดอาหารจะให้พลังงานและคุณค่าสารอาหารที่ ใกล้เคียงกันให้พลังงานเฉลี่ยเท่ากันดังนั้นเพื่อให้สามารถควบคุมโรคร่วมของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โดยการควบคุมอาหารจะต้อง รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 6 หมวด คือ (ศรีสมัย วิบูลยานนท์และ วรณิ นิธิยานนท์, 2548)

หมวดที่ 1 น้านม จะได้สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ โปรตีน แคลเซียม คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ ชนิดของนมที่แลกเปลี่ยนกันได้ตามความ เหมาะสม คือ

นมผงขาดมันเนย 4 ซ้อน โตะผสมน้ำ 240 มิลลิลิตร ให้พลังงาน 80-90 กิโลแคลอรี ให้โปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม

นมสดจืดพร่องมันเนย 240 มิลลิลิตร ให้พลังงาน 120 กิโลแคลอรี ให้โปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 5 กรัม

นมสดจืดไขมันเต็มส่วน 240 มิลลิลิตร ให้พลังงาน 160 กิโลแคลอรี ให้โปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 9 กรัม

หมวดที่ 2 ผัก เป็นแหล่งของ วิตามิน แคลเซียม และใยอาหารให้พลังงานค่อนข้างต่ำมีคาร์โบไฮเดรตต่ำ ผัก 1 ส่วนคือผักสด 1 ถ้วยตวง หรือผักสุก ½ ถ้วยตวง ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ไขมัน 0 กรัม การรับประทานผักควรรับประทานให้หลากหลายชนิดในหนึ่งวัน ผักบางชนิดมีพลังงานค่อนข้างต่ำมากสามารถรับประทานได้โดยไม่ต้องคำนวณหาพลังงาน เช่น พริก ใบคื่นฉ่าย แดงกวา ต้นหอม ถั่วงอก เห็ดหอม ผักกาดแก้ว เป็นต้น

หมวดที่ 3 ผลไม้ เป็นแหล่งของ วิตามิน แคลเซียม และใยอาหารเช่นเดียวกับผัก ผลไม้ 1 ส่วนจะมีน้ำหนักแตกต่างกันตามชนิดแต่จะให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ใยอาหาร 2 กรัม พลังงาน 60 กิโลแคลอรี น้ำผลไม้จะมีใยอาหารน้อยฉะนั้นควรรับประทานผลไม้ทั้งผลจะได้ประโยชน์มากกว่า นอกจากนี้ผลไม้สดทุกชนิดจะมีวิตามินซีสูง ควรรับประทานผลไม้สดหลังอาหารทุกมื้อ ควรหลีกเลี่ยงผลไม้เชื่อม กวน และผลไม้กระป๋อง

หมวดที่ 4 ข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้ง จะให้คาร์โบไฮเดรตและพลังงานแก่ร่างกาย สารอาหารสำคัญที่ได้จากหมวดนี้คือ โปรตีน 2-3 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15-18 กรัม ไขมัน 0-1 กรัม ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี โดยจะเป็นอาหารประเภทข้าว แป้ง ขนมปัง คุกกี้ ฝอย เมล็ดแห้งต่างๆ

หมวดที่ 5 เนื้อสัตว์และไข่ เป็นแหล่งสารอาหารโปรตีน ไขมันเป็นหลักแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามปริมาณไขมัน

1) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี

2) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

3) เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 75 กิโลแคลอรี

4) เนื้อสัตว์ไขมันสูง 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ในการรับประทานเนื้อสัตว์ควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำหรือต่ำมากเป็นประจำทุกวัน เนื้อสัตว์ไขมันปานกลางควรรับประทานสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานให้น้อยที่สุดเพราะเนื้อสัตว์ประเภทนี้จะมีกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

หมวดที่ 6 ไขมัน หมวดนี้ให้พลังงานสูง ไขมันหรือน้ำมัน 1 ส่วนไม่ว่าจะเป็นไขมันจากสัตว์หรือไขมันจากพืช ปริมาณ 1 ช้อนชา มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรีควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว แทนน้ำมันที่ได้มาจากสัตว์ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น ไข่กรอก กุนเชียง พืชช้า สลัดน้ำข้น อาหารทอดทุกชนิด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ

4.9 การประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

สภาพ

จากความหมายที่กล่าวมา ตั้งแต่ต้นสรุป ได้ว่า พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารหรือไม่รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน โดยพิจารณาชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภค ซึ่งพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติเป็นประจำวันเพื่อให้ร่างกายได้รับความสมดุลและมีพลังงานเพียงพอกับความต้องการของตน โดยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารจะประกอบด้วย ความถี่ของการบริโภค ชนิดอาหาร รวมทั้งอาหารที่ควรงดเว้นทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย (นงลักษณ์ สิงห์แก้ว, 2544)

การประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสามารถทำได้หลายวิธี โดยมีรูปแบบการประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ดังนี้คือ

4.9.1 การประเมินเชิงจิตพิสัย (Subjective Data) เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ได้แก่

1) การซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hour dietary recall) คือการสัมภาษณ์ถึงอาหารที่บริโภคในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง (24 hour recall) ซึ่งจะเป็นวิธีการศึกษาวัดในเชิงปริมาณ บางครั้งต้องใช้อุปกรณ์ประกอบการคาดคะเนปริมาณอาหาร และมีอาหารจริงประกอบการประเมินปริมาณอาหารที่รับประทาน เป็นวิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่มีราคาถูก ง่ายต่อการเก็บข้อมูล แต่ถ้าใช้รูปภาพเกี่ยวกับอาหารแทนที่จะใช้อาหารจริงหรืออุปกรณ์จริง

2) การบันทึกการกรอาหารที่ รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hour dietary record) เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และเป็นวิธีการ

ที่ให้ข้อมูลถูกต้องที่สุด วิธีนี้จะให้ผู้ป่วยบันทึกรายการอาหาร เครื่องดื่มที่รับประทานในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงโดยบันทึกเป็นเวลา 3-7 วันวิธีนี้อาศัยระยะเวลามาก อาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (พัชราภรณ์ อารีย์ และคณะ, 2542)

3) แบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภค (Food frequency questionnaires; FFQ)เป็นการบันทึกความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่างๆในหน่วยเวลาที่กำหนด อาจเป็นชนิดที่ใช้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ หรือให้ผู้ถูกประเมินตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ รายการอาหารชนิดต่างๆ และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด จำนวนความถี่ต้องมีความต่อเนื่องกัน เช่น จำนวนครั้งต่อวัน จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งต่อเดือน รูปแบบคำถามอาจจะเพิ่มเติมคำถามที่เกี่ยวกับขนาดและปริมาณของอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วยแบบสอบถามชนิดนี้เรียกว่า “semiquantitative food frequency questionnaires; SFFQ” สามารถใช้ศึกษาแบบแผนการบริโภคในกลุ่มประชากรได้และเป็นวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย สะดวกกว่าวิธีอื่น แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดรายละเอียดของอาหารที่บริโภคได้ (รุ่งนภา ป็องเกียรติชัย, 2542)

การประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะนิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากไม่มีความยุ่งยาก ประหยัดเวลาในการตอบ ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป สามารถอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยตอบได้ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่วนใหญ่จะใช้แบบสัมภาษณ์โดยการใช้แบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภค เนื่องจากเป็นวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย สะดวกกว่าวิธีอื่น และจากงานวิจัยของสุคนธ์ บุษพา (2541) ที่เปรียบเทียบความถูกต้องของแบบสอบถามค่าเฉลี่ยของพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากแบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภคกับการบันทึกรายการอาหารที่ รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมง ทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยมีผู้พัฒนาแบบประเมิน พฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคเรื้อรังต่างๆ ดังเช่น

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) สร้างโดย เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพด้านอารมณ์สังคม ด้านกิจกรรมการรักษาระงับและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อคำถาม 76 ข้อเป็นข้อคำถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 31 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 9 ข้อ ด้านลบ 22 ข้อ ใช้คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสร้างขึ้นโดย วินทนา คูศิริสิน (2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด อาหารที่รับประทานได้แต่เลือกชนิดและความเหมาะสมในการบริโภค เป็นข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คำถามที่เป็นด้านบวกถ้าตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำได้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสร้างโดย รุ่งทิวา มุกดาสนิท (2547) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยแบ่งเป็น 3 หมวดคือ อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด อาหารที่รับประทานได้แต่เลือกชนิด เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 14 ข้อ คำถามที่เป็นด้านบวก ถ้าตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำได้ 2 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ ถ้าตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .73

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของนัยนา เมธา (2544) สร้างจากการทบทวน ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 31 ข้อตามหลักโภชนบัญญัติคือ หมวดหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม หมวดเครื่องปรุงรส แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติเป็นประจำ

4.9.2 การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

1) การวิเคราะห์สารชีวเคมีในร่างกาย (biochemical assessment) เพื่อหาระดับสารต่างๆ ที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของบุคคลได้ เช่น ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต อัลบูมินในซีรัม และจำนวนเม็ดเลือดชนิดลิมโฟไซต์ (total lymphocyte count; TLC) จะสะท้อนถึงภาวะโภชนาการทางด้านโปรตีน ส่วนการตรวจหาโซเดียม โปตัสเซียม กลูโคส โคลเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ จะบ่งชี้ถึงภาวะสมดุลและอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่าวิตามิน ระดับน้ำตาล ในไตรเจนอีกด้วย

2) การวัดสัดส่วนของร่างกาย (antropometric assessment) เป็นวิธีประเมินภาวะโภชนาการที่ใช้กันแพร่หลายสำหรับการศึกษาวิจัยด้านชีวภาพต่างๆ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (Heymsfield, Baumgartner & Pan, 1999) การวัดสัดส่วนร่างกายโดยทั่วไปประกอบด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบวงส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body circumference) ได้แก่ วัดความหนาของไขมัน (skinfold thickness) เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน (mid-upper arm circumferences) เส้นรอบวงกล้ามเนื้อกึ่งกลางต้นแขน (mid upper arm muscle circumferences) และการคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index : BMI)

3) การตรวจร่างกายทางคลินิก (clinical assessment) เป็นวิธีการตรวจร่างกายในส่วนที่มีการแสดงของการขาดสารอาหาร ได้แก่ ผิวหนัง ผม เล็บ ฟัน เหงือก ริมฝีปาก ลิ้น ตา (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539) เป็นวิธีการที่ง่าย รวดเร็ว ไม่สิ้นเปลือง และไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยากมากนัก แต่มีข้อจำกัดในการแปลผล คือ ต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญหรือได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี และอาการทางคลินิกที่ตรวจพบบางอย่างไม่เป็นที่ลักษณะของโรคขาดสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างชัดเจน ต้องอาศัยการตรวจอย่างอื่นๆ ร่วมด้วย

สรุปการประเมิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพสามารถประเมินผลได้จากการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ได้ มีการ ทบทวน เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแบบ สอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของนัยนา เมธา(2544) ที่สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารหรือไม่บริโภคอาหารของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน แบ่งตามหลักโภชนบัญญัติ ได้แก่ หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันในคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถนำแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของนัยนา เมธา(2544) มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย(1999) ใช้เป็นกรอบเพื่อการค้นหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่

5.1 ภาวะกลืนลำบาก จากกรอบแนวคิดของรอยชระบุ ไว้ว่า การเกิดภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะทุพโภชนาการ ขึ้นอยู่กับ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของบุคคลในการกลืน เช่นภาวะกลืนลำบาก การย่อยอาหาร การเผาผลาญ และการดูดซึม ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และประสิทธิภาพของกลไกการรับรู้ของบุคคล (Cognitive effectiveness) (รจนันท์ เฟื่องแก้ว, 2551)

ภาวะกลืนลำบาก เป็นความบกพร่องในการกลืนอาหารโดยเฉพาะการกลืนของเหลวและน้ำพบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 30-65 หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยเฉพาะพวกที่มีพยาธิสภาพบริเวณ Brainstem ร่วมกับ unilateral หรือ Bilateral hemisphere และ Multiple infarctions (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ในช่วงแรกภายหลังการเกิดภาวะสมองขาดเลือดจะพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาด้านการกลืน ความบกพร่องของการกลืนอาจเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทหรือโครงสร้างของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง (Sylvia Escott Stump, 2008)

5.1.1 ความหมายของภาวะกลืนลำบาก มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของภาวะกลืนลำบากไว้ ดังนี้

นิจศรี ชาญณรงค์ (2550) ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง มีการเสียหน้าที่ของ ระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืน ได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, vocal cord, ความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคี้ยว ลิ้นไม่สามารถที่จะผลักให้อาหารเคลื่อนที่ และไม่สามารถที่จะปิด ปากได้สนิททำให้อาหารไหลออกจากปาก และรวมถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังจากกลืนอาหารแล้วมีความรู้สึกว่ามีอาหารหรือของเหลวที่กลืนลงไปนั้นติดค้างอยู่ในหลอดอาหารหรือกลืนไม่ลง นำมาสู่ความยากลำบากในการกลืน อาหารหรือของเหลวจากปากให้ผ่านหลอดอาหารไปสู่กระเพาะอาหาร

ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2548) ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความบกพร่องของการกลืนอาจเกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนอ่อนแรง กล้ามเนื้อในการกลืนทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้กลืนอาหารและน้ำลำบาก ลำบากได้ง่าย

สรุปได้ว่า ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนผิดปกติ ได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, vocal cord, ความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร

5.1.2 การประเมินภาวะกลืนลำบาก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากมีโอกาสนในการเกิดภาวะปอดอักเสบและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ตั้งแต่ในระยะ 2 วันแรกของการเข้าโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9 เสียชีวิตจากการติดเชื้อที่ปอด (Langdon, Lee and Binns, 2006) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการกลืนตั้งแต่แรก การประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องประกอบด้วย การประเมินเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของการกลืนลำบาก (นิจศรี ชาญณรงค์, 2548) แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะกลืนลำบาก มีดังนี้

1)แบบประเมิน Dysphagia Evaluation Protocol ถูกคิดค้นขึ้น

โดย Avery-Smith และคณะในปี ค.ศ. 1996 แบบประเมินถูกออกแบบเพื่อใช้ในการตรวจประเมินและการวัดที่เชื่อถือได้ในการทำหน้าที่ของการกลืน โดยแบบประเมินสามารถใช้ระบุผู้ป่วยที่มีความต้องการประเมินด้วยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์อวัยวะภายในร่างกาย เพื่อทดสอบความบกพร่องภายในช่องปาก คอหอย และตัดสินใจให้การรักษาที่จำเป็นสามารถใช้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังโดยไม่จำกัดการวินิจฉัยโรค แบบประเมินแบ่งออกเป็น 11 หัวข้อใหญ่ ประกอบด้วย การซักประวัติ 5 หัวข้อดังนี้คือ 1) การประวัติการรับประทานอาหาร 2) ภาวะโภชนาการ 3) สภาวะทางเดินหายใจ 4) การสังเกตโดยทั่วไป และ 5) สภาวะทางด้านร่างกายและการประเมินทางคลินิก 6 หัวข้อ ดังนี้คือ 1) การบันทึกจากการสังเกต 2) การควบคุมภายในปาก 3) ปฏิบัติยาสะท้อนกลับเบื้องต้นและปฏิกิริยาที่ผิดปกติ 4) การควบคุมคอหอย 5) การทดสอบการกลืนระยะปาก 6) การทดสอบการกลืนระยะคอหอย ผ่านการหาค่าคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงระยะผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ระหว่างนักกิจกรรมบำบัด 2 คู่ สำหรับคู่ผู้ประเมินที่มีประสบการณ์ได้ค่าตั้งแต่ 1.00 - .85 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .99 และสำหรับคู่ผู้ประเมินที่ไม่มีประสบการณ์ได้ค่าตั้งแต่ 1.00-.90 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .97 หาค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำ (test-retest reliability) โดยมีการวัดช่วงระยะห่าง 2 วันสำหรับผู้ป่วยใน และ 1 อาทิตย์สำหรับผู้ป่วยนอกได้ค่าตั้งแต่ 1.00-.83 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .93 สำหรับค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้รับการพิจารณาและยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะกลืนลำบาก

ข้อได้เปรียบของแบบประเมินคือ มีค่าความเที่ยงและตรงอยู่ในระดับสูง เนื้อหาแบบประเมินครอบคลุมองค์ประกอบของทักษะการกลืน มีการสรุประดับความสามารถเพื่อบ่งชี้ระดับการช่วยเหลือที่ต้องการ ข้อเสนอแนะ / การวางแผนการบำบัด และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สามารถระบุผู้ป่วยที่มีความต้องการการตรวจพิเศษด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ รวมทั้งสร้างและพัฒนาโดยนักกิจกรรมบำบัด ส่วนข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ มี

ความไม่เท่าเทียมทางภาษาเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทยทำให้มีความลำบากในการใช้สำหรับนักกิจกรรมบำบัดไทย และยังไม่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (outcome measure) ได้

2) แบบคัดกรอง Gugging Swallowing Screen (GUSS) ถูกคิดค้นและพัฒนาโดย Trapl และคณะ ในปี ค.ศ. 2007 แบบคัดกรองสร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการสำลักระหว่างการทดสอบให้น้อยที่สุด สามารถประเมินความรุนแรงความเสี่ยงของการสำลัก และให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม แบบคัดกรองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ การประเมินเบื้องต้น ประกอบด้วยหัวข้อ ดังนี้ 1) การตื่นตัวของผู้ป่วยต้องต่อเนื่อง 15 นาที 2) ความสามารถในการไออย่างตั้งใจ 3) การกลืนน้ำลายผู้ป่วยต้องได้คะแนน 5 คะแนน จึงจะได้รับการประเมินในส่วนที่ 2 ในส่วนที่ 2 คือ การทดสอบการกลืนโดยตรงประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ 1) การประเมินกระบวนการกลืน 2) การไอ 3) ภาชนะน้ำลายไหล และ 4) การเปลี่ยนแปลงของเสียง โดยต้องทำการประเมินตามลำดับขั้นตอน เริ่มประเมินจากอาหารกึ่งเหลว ของเหลว ของแข็ง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยต้องได้คะแนน 5 คะแนน จึงจะสามารถประเมินในอาหารชนิดต่อไปได้ ผ่านการหาค่าคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยได้ค่าความเที่ยงของผู้ประเมินที่ดีเยี่ยมระหว่างผู้ประเมินทั้งสองคนได้ค่า .84 ค่าความตรงตามเนื้อหา ได้จากการประเมินการกลืนด้วยการส่องกล้อง เปรียบเทียบคะแนนของของเหลวกับ อาหารกึ่งเหลว ซึ่งแสดงความเสี่ยงสูงของการสำลักของเหลวอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อได้เปรียบแบบการประเมินคือ มีค่าความเที่ยงและตรงอยู่ในระดับสูง สะดวกต่อการเตรียมการ มีวิธีการที่น่าเชื่อถือในการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ง่าย และรวดเร็ว การให้คะแนนและแปลผลง่าย ส่วนข้อจำกัดคือ เป็นเพียงแบบคัดกรอง ซึ่งเนื้อหายังไม่ครอบคลุมปัญหาของภาวะกลืนลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้นำแบบประเมินนี้มาใช้ ดังนี้

Trapl และคณะในปี ค.ศ. 2007 พัฒนาแบบคัดกรองภาวะกลืนลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชื่อ Gugging Swallowing Screen (GUSS) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการสำลักระหว่างการทดสอบให้น้อยที่สุด ซึ่งมีการประเมินความรุนแรงความเสี่ยงของการสำลัก และ แนะนำอาหารที่เหมาะสม แบบคัดกรอง GUSS เริ่มต้นจากการทดลองกลืนจากอาหารกึ่งแข็ง ของเหลว และของแข็ง ตามลำดับ หาค่าความเที่ยงของ GUSS โดยประเมินการกลืนด้วยการส่องกล้อง ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินที่ดีเยี่ยมระหว่างผู้ประเมินทั้งสองคนได้ค่า .84($p < 0.001$) ในทั้งสองกลุ่มผู้ป่วย GUSS สามารถทำนายความเสี่ยงของการสำลักได้ดี ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 20 คน ได้ค่าความไวเท่ากับ 100 % ค่าความจำเพาะเท่ากับ 50% ผู้ป่วยกลุ่ม 30 คน ได้

ค่าเท่ากับ 100%, 69% ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา แสดงความเกี่ยวข้องของการสำคัญ ๔ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีการเปรียบเทียบของเหลวกับอาหารกึ่งแข็ง ($p=0.001$) ซึ่งยืนยันลำดับขั้นของหัวข้อของ GUSS ว่าใช้ได้ดี โดยแบบคัดกรอง GUSS ใช้ได้รวดเร็วและมีวิธีการที่เป็นไปได้ในการระบุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและความเสี่ยงต่อการสำลัก

3) แบบคัดกรอง Dysphagia Screening Test ถูกคัดกรองโดยเดือนใจ และคณะ ในปี พ.ศ. 2541-2550 (15, 18) จากการประยุกต์แบบคัดกรองจากแนวคิดของ Burke Dysphagia Screening Test เพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก ให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูการกลืนอย่างถูกวิธี และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละเพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานของประชากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการตรวจประเมินอาการทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ปรากฏพฤติกรรมและไม่ปรากฏพฤติกรรม และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของภาวะกลืนลำบากกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยการทดสอบ ไค -สแควร์ และการทดสอบ ฟิชเชอร์ส เอ็กแซค (Fisher's exact test) โดยแบบคัดกรองประกอบด้วยหัวข้อประเมิน จำนวน 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความผิดปกติของเสียง 2) ความผิดปกติของการพูด 3) มีภาวะกลืนลำบาก 4) ไอระหว่างการทดสอบให้ดื่มน้ำ 90 มิลลิลิตร 5) ไอระหว่างทดสอบให้กินอาหารชนิดที่เตรียมไว้ 6) ไอหลังจากทดสอบให้กินอาหารชนิดจนหมดไปแล้ว 1 นาที 7) ไอหลังจากทดสอบดื่มน้ำที่เตรียมให้จนหมดไปแล้ว 1 นาที 8) มีการสำลักน้ำลายตนเองขณะที่พักหรือนอนหลับโดยการสัมภาษณ์และการสังเกต 9) มีเสียงไอเบาลง 10) มีความผิดปกติของ gag reflex โดยการแบ่งเป็น 2 พฤติกรรม คือ ปรากฏพฤติกรรม และไม่ปรากฏพฤติกรรม แบบคัดกรองดังกล่าวพบว่ายังมีจุดบกพร่องจึงได้รับการปรับปรุงใหม่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบากจำนวน 10 ข้อ ดังนี้ 1) เคลื่อนไหวริมฝีปากและลิ้นลำบาก 2) มีน้ำลายไหล 3) Gag reflex ลดลงหรือหายไป 4) เสียงไอค่อยลง 5) เสียงแหบ 6) พูดไม่ชัด 7) ไอ/สำลักน้ำลายตนเอง 8) ปฏิกริยาการกลืนน้ำลายช้าลง 9) ไอขณะทดสอบดื่มน้ำจากแก้ว 90 มิลลิลิตรอย่างต่อเนื่อง 10) เสียงพรั่ว หลังจากกลืนน้ำ 1 นาที มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 อันดับ คือ 0 = absent, 1 = present และ NT = not tested โดยที่ผู้ป่วยมีคะแนน ≥ 1 แสดงว่ามีความผิดปกติของการกลืน มีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa ค่าสัมประสิทธิ์ความเห็นพ้องของ generalized kappa ของพฤติกรรมการกลืนลำบากทั้ง 10 ข้อ ได้ค่าตั้งแต่ .57 ถึง 1.00 และค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) อยู่ระหว่าง .93 ถึง .98

ข้อได้เปรียบของแบบคัดกรองนี้คือ มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินในระดับดี และสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติการกลืน สะดวกในการเตรียมการ ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน การให้คะแนนและการแปลผลง่าย และพัฒนาโดยนักกิจกรรมบำบัด

ชาว ส่วนข้อจำกัดคือเป็นเพียงแบบคัดกรอง ที่ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ และถ้าจะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดก็ต้องใช้ร่วมกับการประเมินมาตรฐานอื่นๆ

4) แบบประเมิน Evaluation of Oral Function in Feeding ถูก

คิดค้นและพัฒนาโดย Stratton ในปี ค.ศ. 1981 (25, 37) แบบประเมินถูกออกแบบให้เป็นมาตราส่วนแบบเดียวกันในการตรวจประเมินการทำหน้าที่ภายในปาก ใช้ในผู้พิการที่มีความผิดปกติของการกลืน แบบประเมินแบ่งเป็น 9 หัวข้อ โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการเคลื่อนไหวและการควบคุมภายในปากและหน้า การเคี้ยว การดื่มน้ำ และการกลืน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนแยกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 0 ถึง 5 มีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินได้ค่า .72 และ .76 ค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่า .68 และ .79

ข้อได้เปรียบของแบบประเมินนี้คือ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี สะดวกในการเตรียมตัว ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน แปลผลได้ง่าย และระบุความผิดปกติในบริเวณช่องปากได้ และพัฒนาโดยนักกิจกรรมบำบัด ส่วนข้อจำกัดคือ แบบประเมินไม่สามารถประเมินระบุความผิดปกติในส่วนของช่องปากได้อย่างครอบคลุม เนื้อหายังไม่ครอบคลุมปัญหาของภาวะกลืนลำบากมีความไม่เท่าเทียมทางวัฒนธรรมในด้านภาษา ยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทย จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีผู้นำแบบประเมินการกลืนมาใช้ ดังนี้

สายทิพย์ จ้ายพงษ์ (2550) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก เครื่องมือที่ใช้ คือแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบาก ที่พัฒนามาจาก Standardized Swallowing Assessment (John Ellul and Colleagues, 1997) กระบวนการที่ให้ตาม clinical nursing practice guideline ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและประเมินกลืน เนื้อที่ใช้ในการกลืนของผู้ป่วย ได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, vocal cord, ความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร ประกอบด้วย การประเมิน 8 ขั้นตอน ได้แก่ การขย้อน (Gag reflex) Swallowing reflex การไอ การเปล่งเสียง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น และการประเมินการปิดปาก ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการกลืนเพื่อประเมินอาการกลืนลำบากก่อนเริ่มฝึกกลืน โดยใช้เครื่องมือ ของ Standardized Swallowing Assessment) 3.การจัดท่า 4.การจัดสภาพแวดล้อม 5.การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม 6.การรักษาความสะอาดของช่องปาก ผลการวิจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี

อาการกลืนลำบาก มีการกลืนได้อย่างปลอดภัย โดยมีคะแนน ความกลืนลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value= 0.004) กล่าวคือขณะกลืนผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ไม่มีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปาก และหลังกลืน ไม่มีอาการไอทันที ไม่มีอาการจุกแน่น หายใจลำบาก ไม่มีเสียงน้ำในคอ ไม่รู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่ในคอ และไม่มีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม

Yoshida และคณะในปี ค.ศ. 2006 ได้ศึกษาอาการของภาวะกลืนลำบากจากแรงดันลิ้นลดลง โดยออกแบบงานวิจัยเพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างแรงดันลิ้นกับอาการทางคลินิกของการเคลื่อนไหวของลิ้นในภาวะกลืนลำบาก และการไอ แสดงคุณสมบัติประโยชน์ทางคลินิกของการวัดแรงดันลิ้นในการประเมินของการทำหน้าที่การกลืน โดยมองว่าลิ้นมีบทบาทสำคัญในการกลืนช่วง oropharyngeal และความเสถียรของภาวะกลืนลำบากมาจากความแข็งแรงของลิ้นต่ำ ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 145 คนใน สถานดูแล 5 แห่ง แรงดันลิ้นสูงสุด วัดโดยใช้เครื่องมือที่ใช้วัดแรงดันลิ้น (tongue pressure measurement device) ส่วนการเคลื่อนไหวของลิ้นตามอำนาจจิตใจและสัญลักษณ์ของการไอตามภาวะกลืนลำบากในมื้ออาหาร ถูกตรวจสอบและประเมินโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์และนักแก้ไขการพูด ความสัมพันธ์ระหว่างแรงดันลิ้นและอัตราการไอโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบ logistic ด้วยการวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้าน ภายภาพและภาวะจิตใจ พบว่าแรงดันลิ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเคลื่อนไหวลิ้นตามอำนาจจิตใจและอัตราการไอ ($p < 0.05$) คือ แสดงว่าแรงดันลิ้นสัมพันธ์กับปัญหาการกลืน และการวัดแรงดันลิ้นมีประโยชน์สำหรับการประเมินการกลืนข้างเดียว

Suiter และ Leader ในปี ค.ศ. 2007 ได้ศึกษาการใช้ประโยชน์ในทางคลินิกของการทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ เพื่อระบุการสำลัก และการแนะนำการให้อาหารทางปากในกลุ่มประชากรผู้ป่วยขนาดใหญ่และหลากหลาย โดยใช้การประเมินการกลืนด้วยการส่องกล้อง ร่วมกันการทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ ในผู้เข้าร่วมจำนวน 3000 คนที่มีช่วงอายุและการวินิจฉัยโรคหลากหลาย จำนวนผู้ป่วย 1151 คนจากทั้งหมด (38.4 %) ผ่านการทดสอบ ส่วนผู้ป่วยจำนวน 1849 คน ล้มเหลวจากการทดสอบด้วยการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ ค่าความไวของการทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ สำหรับใช้ทำนายการสำลักเปรียบเทียบระหว่าง FEES เท่ากับ 96.5 % ค่าความจำเพาะเท่ากับ 48.7 % ค่าความไวสำหรับการค้นพบบุคคลซึ่งเชื่อว่าปลอดภัยสำหรับการรับอาหารทางปากบนพื้นฐานของ FEES ผลลัพธ์เท่ากับ 96.4% ค่าความจำเพาะเท่ากับ 46.4% การทดสอบโดยใช้น้ำ 3 ออนซ์ นำมาใช้เพื่อตัดสินเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการนำของเหลวเข้าสู่ร่างกาย อย่างไรก็ตาม การล้มเหลวในการทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ ก็ไม่สามารถบ่งชี้ความบกพร่องในการกลืนได้ นอกจากนี้ 71% ของผู้ป่วยร่วมวิจัยที่ล้มเหลวในการทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ มีความปลอดภัย การรับอาหารทางปากจากการทดสอบเปรียบเทียบกับ FEES ประโยชน์

ทางคลินิกของการทดสอบกลืนน้ำ 3 ออนซ์ ได้นำมาใช้ขยายในวงกว้าง ในการวินิจฉัยทางการแพทย์สิ่งสำคัญแสดงให้เห็นว่า การทดสอบการกลืนน้ำ 3 ออนซ์ ในครั้งแรกผ่านสามารถแนะนำอาหารได้โดยไม่ต้องมีการทดสอบภาวะการกลืนลำบากเพิ่ม

สรุปในงานวิจัยฉบับนี้ วัดโดยแบบประเมินการกลืนที่ผู้วิจัยคัดแปลงของคุณสายทิพย์ จำพวงษ์ (2550) เนื่องจากแบบประเมินนี้ถูกพัฒนามาจากแบบคัดกรอง GUSS สะดวกต่อการเตรียมการ มีวิธีการที่น่าเชื่อถือในการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากง่ายและรวดเร็ว การให้คะแนนและแปลผลง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม ภาวะกลืนลำบากที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Westergren (2001) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ 162 คน พบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 55 – 75 ปี และมีความรุนแรงของโรคค่อนข้างมาก พบภาวะกลืนลำบากถึง 28 %

Lin (2003) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบรวมถึงอวัยวะที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีภาวะกลืนลำบาก 32 % ผลการศึกษาพบว่าภาวะกลืนลำบาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

5.2 ความรุนแรงของโรค การบาดเจ็บจากโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการของร่างกายตามมา ทำให้ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (ยุพาพร โอพาริกพันธุ์, 2541) และความเสียหายของเนื้อสมองนี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานในส่วนต่างๆของร่างกายรวมถึงการรับประทานอาหาร การกลืนอาหาร การย่อย การเผาผลาญและการดูดซึมอาหาร (Lin Perry et al, 2003)

5.2.1 ความหมายความรุนแรงของโรค มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความรุนแรงของโรคไว้ ดังนี้คือ

ณัฐ พสุธารชาติ(2552) ความรุนแรงของโรค หมายถึง การที่หลอดเลือดสมองมีการเสียหายส่งผลต่อสมองส่วนต่างๆ ก่อให้เกิดความพิการของร่างกายตามมา

นิจศรี ชาญณรงค์(2551) ความรุนแรงของโรค หมายถึง การที่เส้นเลือดสมองตีบอุดตัน หรือแตกทำให้ บริเวณเนื้อสมองถูกทำลาย หรือมีการเสียหายส่งผลต่อความพิการทางร่างกาย

สรุปความรุนแรงของโรค หมายถึง บริเวณเนื้อสมองที่ถูกทำลาย หรือมีการเสียหายจากการที่เส้นเลือดตีบหรืออุดตันส่งผลต่อความพิการทางร่างกาย ความรุนแรงของโรค

แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ความรุนแรงของโรคน้อย ความรุนแรงของโรคปานกลาง และความรุนแรงของโรครุนแรง ความรุนแรงของโรควัดโดยการประเมิน NIHSS STROKE SCALE โดยมีคะแนนเต็ม = 42 คะแนน แบ่งเป็น ความรุนแรงของโรคน้อย โดยมีคะแนน NIHSS < 4 คะแนน ความรุนแรงของโรคปานกลาง โดยมีคะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 4-22 คะแนน ความรุนแรงของโรครุนแรง โดยมีคะแนน NIHSS >22 คะแนน

5.2.2 การประเมินความรุนแรงของโรค

การประเมินความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบประเมิน NIHSS STROKE SCALE ซึ่งการประเมิน NIHSS STROKE SCALE ในผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่าแปลผลว่ามีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551) ในการศึกษาทางคลินิก จัดคะแนนการประเมิน NIHSS STROKE SCALE โดยมีคะแนนเต็ม = 42 คะแนน แบ่งเป็น

ความรุนแรงของโรคน้อย โดยมีคะแนน NIHSS < 4 คะแนน

ความรุนแรงของโรคปานกลาง โดยมีคะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 4-22 คะแนน

ความรุนแรงของโรครุนแรง โดยมีคะแนน NIHSS >22 คะแนน โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังต่อไปนี้

1. 1a ระดับความรู้สึกรู้ตัว

0 คะแนน รู้สึกตัวปกติ ตอบสนองได้ดี

1 คะแนน ปลุกตื่นด้วยการกระตุ้นเพียงเบาๆ ตอบคำถามได้

2 คะแนน ปลุกตื่นแต่ต้องใช้แรงกระตุ้น หรือกระตุ้นซ้ำๆ

3 คะแนน ไม่ตอบสนอง หรือตอบสนองโดย reflex

2b ถาม “เดือน” และ “อายุ” ใช้คำตอบแรกที่ผู้ป่วยตอบ

0 คะแนน ตอบได้ถูกทั้งสองคำถาม

1 คะแนน ตอบถูกหนึ่งคำถาม

2 คะแนน ทำไม่ถูกเลย

2c ให้หลับตา ลืมตา และกำมือ แบนมือ

0 คะแนน ตอบได้ถูกทั้งสองคำถาม

1 คะแนน ตอบถูกหนึ่งคำถาม

2 คะแนน ทำไม่ถูกเลย

2. การกลอกตาให้ผู้ป่วยกลอกตาไปมา มองซ้าย-ขวา ขึ้นบน ลงล่าง

- 0 คะแนน กลอกตาได้ทุกทิศทาง
 1 คะแนน มีความผิดปกติในการกลอกตา อาจจะเป็นข้างใดข้างหนึ่งก็ได้
 2 คะแนน กลอกตาไม่ได้เลย หรือตามองไปด้านใดด้านหนึ่งตลอดเวลา

3. การมองเห็น โดยให้ผู้ป่วยมองนิ้วผู้ตรวจการ

- 0 คะแนน มองเห็นปกติ
 1 คะแนน มองไม่เห็นเป็นบางส่วนทั้ง 2 ตา
 2 คะแนน มองไม่เห็นครึ่งซีกทั้ง 2 ตา
 3 คะแนน มองไม่เห็นเลยทั้ง 2 ตา

4. การมีหน้าเบี้ยว ตรวจโดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยิงฟัน

- 0 คะแนน ไม่มีหน้าเบี้ยว
 1 คะแนน หน้าเบี้ยวเล็กน้อย เวลายิงฟันจะเห็นว่าไบหน้า 2 ข้างไม่เท่ากัน
 2 คะแนน หน้าเบี้ยวมาก ไม่สามารถขยับมุมปากได้ แต่ยังหลับตาและยก

ก้มได้

- 3 คะแนน ไม่สามารถเคลื่อนไหวไบหน้าครึ่งซีก หลับตาไม่สนิท ยิงฟัน

ไม่ได้

5. กำลังกล้ามเนื้อแขน ให้ผู้ป่วยนั่ง (ถ้านั่งได้) แล้วยกแขนขึ้น 90 องศา หรือนอนแล้วยก

แขน 45 องศา

- 0 คะแนน ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อยกแขน 10 วินาทีเต็ม
 1 คะแนน มีอาการอ่อนแรงภายใน 10 วินาที ที่ยกแขน แต่ไม่ตกลงกับเตียง
 2 คะแนน ยกแขนด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว

ยกขึ้น

90 องศา (หรือนอน 45 องศา) ไม่ได้

- 3 คะแนน ไม่สามารถยกแขนขึ้นด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้
 4 คะแนน ไม่สามารถขยับแขนได้
 5 คะแนน ไม่มีแขนหรือข้อยึด

6. กำลังกล้ามเนื้อขา ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงแล้วยกขาขึ้น 30 องศาใน 5 วินาที

- 0 คะแนน ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อให้ยกขา
 1 คะแนน มีอาการอ่อนแรงเล็กน้อยภายใน 5 วินาที ที่ยกขา แต่ไม่ตกลง

กับเตียง

- 2 คะแนน สามารถยกขาได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว
- 3 คะแนน ไม่สามารถยกขาขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้
- 4 คะแนน ไม่สามารถยกขาได้
- 5 คะแนน ไม่มีขาหรือข้อยึด

7. อาการเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ataxia)

- 0 คะแนน ไม่มีอาการเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ
- 1 คะแนน มีความผิดปกติที่แขนหรือขาข้างเดียว
- 2 คะแนน มีความผิดปกติที่แขนและ/หรือขา 2 ข้าง

8. การรับรู้ความรู้สึก

- 0 คะแนน ปกติไม่มีอาการชา
- 1 คะแนน มีอาการชา เล็กน้อยหรือปานกลาง เมื่อใช้ของแหลมทดสอบ จะรู้สึกน้อยกว่าปกติหรือรู้สึกว่ามีแหลม
- 2 คะแนน มีอาการชามาก หรือไม่รู้สึกเลยว่ามีของแหลมมาสัมผัส หรือมีการสัมผัส

9. การใช้ภาษา ให้ผู้ป่วยดูภาพที่ได้เตรียมมาแล้วบรรยายภาพ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อสิ่งของที่มองเห็นในภาพที่เตรียมไว้

- 0 คะแนน ปกติ
- 1 คะแนน มีความผิดปกติทางภาษาเล็กน้อย พูดตะกุกตะกักหรือไม่เข้าใจรูปภาพบ้าง
- 2 คะแนน มีความผิดปกติทางภาษาอย่างรุนแรง สามารถบรรยายภาพได้ แต่ตะกุกตะกักมาก ต้องอาศัยผู้ตรวจช่วยเดาความหมาย ไม่เข้าใจภาษาพูด
- 3 คะแนน ไม่พูดเลย ไม่สามารถเข้าใจภาษา (global aphasia)

10. เสียงพูด

- 0 คะแนน เสียงปกติ
- 1 คะแนน เสียงพูดผิดปกติเล็กน้อย พูดไม่ชัด แต่พอฟังรู้เรื่อง
- 2 คะแนน เสียงพูดผิดปกติอย่างมาก ฟังไม่รู้เรื่อง
- 3 คะแนน ใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ หรือมีภาวะอื่นที่ทำให้ไม่สามารถพูดได้

11. การไม่สนใจร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง

0 คะแนน ไม่มีความผิดปกติเลย

1 คะแนน มีความผิดปกติ ไม่สนใจซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเล็กน้อยไม่ว่าจะเป็นลานสายตา การสัมผัส ฯลฯ

2 คะแนน มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ไม่สนใจซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ดังนั้นในงานวิจัยฉบับนี้จึงวัดระดับความรุนแรงของโรคโดยการประเมิน NIHSS STROKE SCALE เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานในการวัดระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองง่าย สะดวกในการใช้ และแปลผลได้ง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม ความรุนแรงของโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Atulabh Vajpayee et al. (2008) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องมาจากการที่สมองได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อสมองในช่วงเวลาหนึ่งความเสียหายนี้มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานในส่วนต่างๆของร่างกายรวมถึงการรับประทานอาหาร การกลืนอาหาร การย่อย การเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยได้ ดังนั้นความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Davalos A. et al. (1996) ที่กล่าวว่าปัญหาทางด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วย Post Stroke ทำให้เพิ่มอัตราการตาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผลกดทับ และผลการศึกษาสรุพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Lin Perry et al. (2003) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย post stroke มากกว่า 50% มักมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Neeraj Badjatia (2008) ที่กล่าวว่าเมื่อสมองได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรง ส่งผลต่อฮอร์โมนจนนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้

5.3 ภาวะซึมเศร้า จากกรอบแนวคิดของรอยระบุนไว้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้สึกต้องเผชิญการรับรู้ต่อสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงจากคนที่ช่วยเหลือตนเองได้สู่ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถดูแลตนเองได้ เมื่ออยู่ในสภาวะพิการ และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง หน้าตา

รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550)

5.3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีนักวิชาการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ไว้หลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีในการพิจารณาที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้คือ

คู่มือระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (DSM-IV) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ โดยมีอาการแสดง เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง หงุดหงิด รู้สึกไม่แจ่มใส หรือเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รู้สึกเศร้าโศก หดหนทาง และหมดหวัง มีภาวะสิ้นยินดี และอาจมีอาการหรือพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำตำหนิตัวเอง

Beeber(1998) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไม่มีอะไรเลย โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง

Caine&Bufalino(1998) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะว่าเศร้าเสียใจ (sadness) การมองแต่ในแง่ร้าย (pessimism) ความสลดใจ (despondence) สูญเสียความหวัง และความรู้สึกว่างเปล่า (emptiness)และสามารถที่จะเกี่ยวข้องถึงส่วนภายใน (internalization) ของความโกรธ หรือความรู้สึกก้าวร้าวอีกด้วย

Kurлович(1997) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การรู้สึก ความเข้าใจ และด้านร่างกาย

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงออกเป็น พฤติกรรม ความรู้สึก และอารมณ์ต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกด้านบวก อาการเซื่องช้าหงอยเหงา และสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

5.3.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า อาการที่แสดงให้เห็นของภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะต่างๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคต่างๆ จึงมีบุคคลต่างๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมิน

ภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย ซึ่ง แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินความเศร้าโดยวิธีการสังเกต และการประเมินความเศร้าโดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำ บอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550)

5.3.2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีสังเกต

1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า (depressed affect) อาการแบบจิตสรีระ (vegetative symptoms) ความวิตกกังวล (anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหyster (agitation and insight) (Onega & Abraham, 1998) ข้อดีของแบบประเมินนี้มีจำนวนข้อไม่มาก มีจำนวน 17 ข้อ ง่ายต่อการใช้ ประหยัดเวลา และมีความเที่ยงตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง แต่มีข้อจำกัดตรงที่ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม (Greist & Jefferson, 1992)

2) Raskin Depression Scale เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินภาวะผู้ป่วยในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ เนื้อหาการประเมินจะครอบคลุมเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่น ซึ่งไม่ใช่อาการซึมเศร้าหรือคลั่งมาก่อน โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบประสาท หรือโรคทางกายอื่นๆ ร่วมกับการใช้ยาบางชนิด ข้อดีของแบบประเมินนี้ใช้ง่าย สะดวก เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามเพียง 3 ข้อ แต่มีข้อจำกัดตรงที่แบบประเมินนี้ไม่สามารถวัดได้ครอบคลุมทุกด้าน โดยจะขาดการประเมินด้านร่างกาย

3) Beah-Rafaelsen Melancholia Scale สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1980 ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Hamilton ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ แบบประเมินนี้จะเน้นหนักอาการทางจิต

4) Cronholm-Ottosson Scale เป็นการประเมินความซึมเศร้าในยุคแรกๆ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เหมาะที่จะใช้ประเมิน การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

5) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี 1979 ประกอบด้วยแบบประเมิน 10 ข้อ แบบประเมินนี้ต้องใช้ประกอบการสัมภาษณ์ และการสังเกตร่วมกันเพื่อให้ผลที่ได้สมบูรณ์

5.3.2.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1) **Beck Depression Inventory (BDI)** เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยการใช้ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วยต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

2) **Zung Self-Rating Depression Scale** เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

3) **Zenssen Adjective Check list** เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูง ต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่างๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ โดยผู้ตอบเลือกคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

4) **Walkfield Self-Assessment Inventory** เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ สะดวกต่อการนำไปใช้เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไป ได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่งแต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีข้อจำกัดในเรื่องขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับการตัดสินใจในภาพรวม นอกจากนี้ไม่สามารถวินิจฉัย ลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งจัดให้คะแนนสูง ซึ่งอาจเกิดจากบุคคลนั้น มีปัญหาด้านอารมณ์และความเจ็บป่วยด้านร่างกายร่วมด้วยนั่นเอง

5) **Center for Epidemiologic Studies-Depression Scales (CES-D Scale)** สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Whisman et al., 2001; Radloff, 1977 cited by Fishcher & Corcoran, 1994) ออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่

โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์ตัดสินของคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นซึมเศร้า วิธีการให้คะแนนของ CES-D Scale ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อย 5-7 วันใน 1 สัปดาห์ คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์ และคะแนน 0 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์ หรือไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้าม ซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้ามข้อดีของแบบวัดนี้ สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย และง่ายต่อการแปลผลด้วย ส่วนข้อจำกัดไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Whisman et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้นำแบบประเมินนี้มาใช้ดังนี้ คือ

ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) มาแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบค่าความเที่ยงของการวัดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.86 เกณฑ์ตัดสินภาวะซึมเศร้า คือ ที่ 16 คะแนนขึ้นไป

มลฤดี บุราณ (2548) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ไปวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.78

6) Geriatric Depression Scale (GDS) แบบประเมินนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าได้แก่อารมณ์ (emotion) ความคาดหวังด้านลบ (negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (psychomotor) การรู้คิด (cognition) การแยกตัว (isolation) (สุทธิชัย และคณะ, 2537) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อข้อดีทำให้มีความสะดวกต่อการนำไปใช้ และเข้าใจได้ง่าย มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการคิดรู้ อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน และบกพร่องด้านสติปัญญา หรือการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES-D Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรัชชัย, วงเดือน และสมพร (2533) ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณสมบัติของ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้วรวมทั้งจัดแปลภาษาไทยให้มีความหมายใกล้เคียงต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด โดยนักภาษาศาสตร์และจิตแพทย์ เพราะได้พิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินเอง หรือผู้ประเมินอ่านแล้วให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกของตัวเอง ข้อดีของแบบประเมินนี้คือเข้าใจง่าย สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายง่ายต่อการแปลผล โดยให้คะแนนความถี่ นอกจากนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะ ที่สำคัญไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาก็สามารถประเมินผู้ป่วยได้

การทบทวนวรรณกรรม ภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Robert G. et al. (2010) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เนื้อสมองบริเวณสมองด้านซ้ายมีการถูกทำลายจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีการถูกทำลายของสมองซีกขวาซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การคิดที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีและทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา

Folstein et al.(1977) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย post stroke ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย post stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5.4 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกันคือ 1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อนจะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและผูกพันแต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ 2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถรับความเข้าใจกันได้ แต่ความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไปข้างหน้าได้

5.4.1 ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัว

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ดังนี้ คือ ราช วิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู (2548) สัมพันธภาพ ในครอบครัว หมายถึง ความเกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกันและกัน ด้วยความรัก ความห่วงใย เคารพยกย่องซึ่งกันและกัน

อำเภอรัตน์ กลิ่นขจร(2533) สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความรักใคร่ผูกพัน เห็นใจซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนร่วมกัน มีความสามัคคีภายในครอบครัว

Anderson (1995)สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการมีชีวิตอยู่ โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรัก กำลังใจ

สรุป สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกถึง พฤติกรรมการปฏิบัติที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.4.2 การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความที่แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีต่อครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับคือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด การแปลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.9

Ort (1979) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตนและความมั่นคงทางอารมณ์พบว่า เมื่อสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะทำให้วัยรุ่นมีมโนทัศน์แห่งตนและความมั่นคงทางอารมณ์ที่ดีตามไปด้วย

อำเภอรัตน์ กลิ่นขจร (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหัก โดยข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความที่แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักที่มีต่อครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับคือ มากที่สุด มาก

น้อย น้อยที่สุด การแปลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.84

สรุปในงานวิจัยฉบับนี้ใช้แบบ ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากของคุณกาญจนา ศิริวราศัย (2536) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเนื่องจากมีความเหมาะสมเพราะมีความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเข้าใจง่าย สะดวกที่จะนำไปใช้ และง่ายต่อการแปลผล

จาก การทบทวนวรรณกรรม สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ทิตยา ทิพย์สำเนียง (2543) ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับสูง ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี การดูแลตัวเองดี รวมถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การศึกษาของ FOOD Trial Collaboration (2003) พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีญาติคอยดูแล จะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีได้ถึง 54 % เนื่องจากมีผู้คอยจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทาน

5.5 การพึ่งพาตนเอง

จากกรอบแนวคิดของรอย ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความพิการทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระดับการพึ่งพาจะลดหลั่นไปตามระดับความรุนแรงของโรค ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองไว้ดังนี้

5.5.1 ความหมายของการพึ่งพาตนเอง

ก้องเกียรติ ภูษะกันทรากร (2547) การพึ่งพาตนเอง หมายถึง เมื่อเกิด การสูญเสียการทำงานของร่างกายหมดความสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย บุคคลพยายามที่จะช่วยเหลือตัวเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

กิ่งแก้ว ปาจริย์(2552) การพึ่งพาตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การ

รับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดิน ขึ้นลงบันได 1 ชั้น

5.5.2 การประเมินการพึ่งพาตนเอง

วิธีการประเมินที่ใช้ประเมินการพึ่งพาตนเองโดยทั่วไปประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำ หรือได้ทำ กิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living : ADL) จำแนกออกได้เป็นสองระดับคือ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำ เป็นต้น อีกระดับเป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (extended หรือ instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง/รถสองแถว หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ใช้กันโดยทั่วไป ได้แก่

5.5.2.1 ดัชนีบาร์เทล (The Barthel's ADL Index) สร้างขึ้นโดยบาร์เทล (Barthel, 1965 cited by Wahlgren, 1998) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำ ความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หิวผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็น รวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัวรวมทั้งการผูก รองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือความสามารถในการทำ กิจกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งมีผู้ที่ได้พัฒนาดัชนีบาร์เทลเพื่อให้เหมาะที่จะนำไปใช้ เรียกว่า “Modified Barthel's ADL Index” โดยมีการประเมินครอบคลุมกิจกรรมดังกล่าวที่เหมือนกันแต่ได้มีการแบ่งระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 - 20 หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย
 - 25 - 45 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
 - 50 - 70 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
 - 75 - 95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
 - 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด
- นอกจากนี้มีการปรับคะแนนในข้อย่อยของการประเมิน ซึ่งใช้ผลรวมของ

กิจกรรมที่ทำได้ โดยกำหนดคะแนนรวม 0-20 คะแนน (Collin, 1993) สำหรับในประเทศไทย สุทธิ

ชัย (2541) ได้พัฒนาเครื่องมือ สำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำ วันพื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณค่า และเหมาะสมที่จะนำ มาใช้กับผู้สูงอายุไทยคือ ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel's ADL Index) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่างเช่นเดียวกัน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (extended หรือ instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะหรือความสามารถในการประกอบอาหาร ซึ่งพัฒนาขึ้นเหมาะสำหรับผู้สูงอายุไทย เรียกว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ประกอบด้วยกิจกรรม การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำ หรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การอาบน้ำ การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำแบบประเมินดัชนีบาร์เทลมาใช้ดังนี้

ธัญญาภรณ์ ดาวน์พเกล้า (2547) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่ง ไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เช่นล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ความสามารถในการใช้ห้องสุขาของผู้ป่วย ความสามารถในการอาบน้ำของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินของผู้ป่วย ความสามารถในการขึ้นบันไดของผู้ป่วย ความสามารถในการแต่งตัวและการเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การแปลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มาก คะแนนน้อย หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้น้อย

5.5.2.2 ดัชนีของแคทซ์ (Katz Index of ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน วันที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 อย่าง ได้แก่ การอาบน้ำ (การเช็ดตัว, ใช้ฝักบัว หรือแช่ในอ่างอาบน้ำ) การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การลุกจากที่นอนหรือเก้าอี้ การกลืนปัสสาวะ และการรับประทานอาหารโดยประเมินจากคะแนนรวมของความสามารถในการทำกิจกรรมสูงสุด สุดท้ายที่ปฏิบัติได้จริงของผู้ป่วย (hierarchical score) ซึ่งมีคะแนนรวม 0-6 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยในแต่ละกิจกรรมมี 2 ข้อย่อยที่ให้ประเมินคือ การทำกิจกรรมได้เอง โดยอิสระให้คะแนน 0 ถ้าต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด หรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างให้คะแนน 1 สำหรับกิจกรรมต่อเนื่องดัชนีของแคทซ์ (instrumental activity of daily living : IADL)รวมกิจกรรมต่อไปนี้ ได้แก่ การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด และการออกกกำลังกายอย่างหนัก

สรุปในงานวิจัยฉบับนี้ การประเมินการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ รัญญาภรณ์ คาวนพเกล้า (2547) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนิบาร์เทล (Barthel Index) เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยได้ง่าย และการแปลผลง่าย

จาก การทบทวนวรรณกรรม การพึ่งพาตนเองที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Unosson et al. (1994) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการพึ่งพาตนเอง ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ 48 ชั่วโมงหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 อาทิตย์และ 9 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับต่ำ คือ ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ภายหลังกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 9 พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจนเกิดภาวะทุพโภชนาการดังนั้นการพึ่งพาตนเองจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การพึ่งพาตนเอง วัดโดย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index)

สรุป ตามกรอบแนวคิดของรอย ซึ่งใช้เป็นทฤษฎีในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีตัวแปรดังต่อไปนี้ ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเอง ซึ่งรอยกล่าวไว้ว่าการปรับตัวทั้งด้านสรีรวิทยา ด้านอ้อม โนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายซึ่งในที่นี้คือ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

6. บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการส่งเสริมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้คือ

6.1 พัฒนาจัดการ และกำกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค

(care management) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular Disease) ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นมีความซับซ้อน จึงมีความจำเป็นต้องจัดการการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย จึงได้มีการจัดการการดูแลโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case manager) ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป้าหมายในการพยาบาลคือการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อยู่ในเกณฑ์ดี

6.2 ดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care)

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก เช่น ดูแลการให้อาหารตามความต้องการของร่างกายในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันและการแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงนอนไปยังรถเข็น การเดินการเคลื่อนที่ การแต่งตัวการสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขาวิद्याส่วนบุคคล การเข้าห้องน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุด

6.3 การประสานงาน (collaboration) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและประสานทีมสุขภาพในการปฏิบัติตาม clinical pathway และ clinical nursing practice guideline เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตาม clinical pathway วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายโดยติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้มีการจัดตั้งทีมในการดูแล ในรูปแบบของ Interdisciplinary team ประกอบด้วย แพทย์ทางอายุรกรรมประสาท , พยาบาล, แพทย์ทางศัลยกรรมประสาท (ในกรณีที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด) , อายุรแพทย์โรคหัวใจ (ช่วยในการประเมินและรักษาภาวะผิดปกติทางอายุรกรรมที่เกิดร่วมด้วยและช่วยในการหาสาเหตุของโรค), แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiatrist), นักกายภาพบำบัด (Physical therapist), นักอรรถบำบัด (Speech therapist), นักจิตวิทยา (Psychologist), นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) และนักโภชนาการ โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และต่อเนื่องส่งผลที่ผลลัพธ์การดูแลให้มีประสิทธิผลสูงสุด

6.4 สอนฝึกทักษะเป็นที่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน (empowerment, education, coaching and mentoring) การสอนแนะ (coaching) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างและพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และคุณลักษณะเฉพาะตัว (personal attributes) ในการทำงานนั้นๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่จะทำหน้าที่ในการสอนแนะทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรในทีมพยาบาล จะต้องสามารถเอื้ออำนวยเวลาในการทำกิจกรรม และเป็นผู้จัดการ และบริหารเวลาที่ดี มีการสื่อสารที่ดี สื่อสารได้

ชัดเจนไม่คลุมเครือ สามารถใช้ทักษะการให้คำปรึกษาได้ดี สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการหรือทีมสุขภาพได้

6.5 ให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation) ซึ่งบทบาทในการเป็นพยาบาลที่ปรึกษาในด้านโภชนาการ จะช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้น เนื่องจากเมื่อมีประสบการณ์และความชำนาญมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาจะช่วยมองประเด็นปัญหาที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลได้ จากการจัดระบบให้มีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

6.6 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case management) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต่อบนที่บ้าน โดยความร่วมมือของฝ่ายการพยาบาลและและเหล่าอาสาสมัคร ภายใต้ชื่อ โครงการอาสาสมัครฟื้นฟูสุขภาพถึงบ้าน (Home care program)จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดต่อบนบ้านนี้ ทำให้เห็นปัญหาหลายอย่างเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว เช่น การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยจะกลับเข้ามารักษาตัวใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเดิมแต่อาการของโรคมายิ่งขึ้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมักมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ดังนั้นจึงมีการประชุมปรึกษาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และจัดให้นักโภชนาการเข้ามาให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคดังนั้นจึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

6.7 ให้เหตุผล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and decision-making) การพัฒนาบทบาทด้านจริยธรรมเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน บางครั้งอาจมีเรื่องของกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามขอบเขตวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย โดยที่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนก็สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสาธารณสุขได้ทัดเทียมกันและมีประสิทธิภาพ

6.8 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านนี้เกิดขึ้นจากการตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างงานการวิจัยเพื่อนำมาซึ่งแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลอาจจะทำงานวิจัยเองหรืออาจจะเป็นที่ปรึกษาและมีการนำผลการวิจัยมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในบทบาทของ APN ต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะได้มีประสิทธิภาพหรือประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

6.9 จัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถจัดการกระทำกับผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ผลลัพธ์คือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความรู้ต้องมีการจัดโปรแกรมที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้

7. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นการประเมินพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง มีผู้สนใจศึกษาการปรับตัวและได้นำเอาทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปใช้ในการประเมินการปรับตัวกันอย่างกว้างขวางทั้งในต่างประเทศและในประเทศ และมีทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่นๆ ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเอาทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปใช้ในการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 100 ราย โดยสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยพฤติกรรม การปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและระดับการศึกษาจัดเป็นสิ่งเร้าร่วม และความหวังจัดเป็นสิ่งเร้าแฝงที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในทางบวก โดยผ่านเข้าไปในกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวอธิบายการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 61 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 39 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

ประภัสสร สมศรี (2549) ศึกษาเรื่อง ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกก่อนและหลังการสร้างพลังอำนาจและเปรียบเทียบ

การปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 2) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยการปรับตัว สูงกว่าก่อนการได้รับการสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุพาพร โอพาริกพันธุ์ (2541) ศึกษาเรื่องผลของกลุ่มประคับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คนและกลุ่มควบคุม 9 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสโตรคที่เข้ากลุ่มประคับประคองมีการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ดีกว่าผู้ป่วยสโตรคที่ไม่ได้เข้ากลุ่มประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 แต่การปรับตัวด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน

รจน์ เฟ็งแก้ว (2551) ศึกษาการปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลคำมามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิด ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 12 คน ผลการศึกษาคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีมีการปรับตัวทั้ง 4 ด้านอยู่ในเกณฑ์พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อดี

สุชาดา กาสีวงศ์ (2545) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาในผู้ป่วยสโตรคจำนวน 27 ราย แบบสอบถามการปรับตัว เป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรคตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมบางด้านเท่านั้น โดยเฉพาะด้านอัตมโนทัศน์ ความมั่นคงในตนเองที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกคือ วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถดำรงบทบาทในสังคมได้ ความสามารถในการทำงานลดลง

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเอาทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปใช้ในการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 43.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เนตรนภา ดิ่งหมาย (2541) ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 120 คน โดยใช้คำถามปลายปิด ผลการศึกษาคือการปรับตัวด้านบทบาทสามี อยู่ในระดับปานกลาง การปรับตัวด้านบทบาทบิดาอยู่ในระดับปานกลาง การปรับตัวด้านบทบาทบุตรชายอยู่ในระดับไม่ดี

พิเศษฐ เรื่องสุขสุด (2544) ศึกษาสิ่งเร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโดยการใช้อินซูลิน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย และแบบวัดข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า ผลการวิจัยคือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับที่ปรับตัวไม่ได้ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเป็นรายด้านพบว่า ปรับตัวไม่ได้เช่นกัน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และด้านอัตมโนทัศน์

ศิริญา พลสิงห์ชาญ (2541) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 58 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรมีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ดี

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเอาทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปใช้ในการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยงานต่างประเทศ ได้แก่

Gagliardi (2003) ศึกษาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย Multiple sclerosis จำนวน 8 รายกับการใช้ชีวิตอยู่กับโรค Multiple sclerosis ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 3 ราย รู้สึกว่าความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

Georgia L. Narsavage(2007) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนจำนวน 124 คนโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของรอย ผลการศึกษาพบว่าระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการเผชิญปัญหาในครอบครัว สามารถบอกถึงภาวะซึมเศร้าได้

Lotus-Shyu, Y.(2000) ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านจำนวน 16 คน พบว่ามีการเปลี่ยนบทบาทระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีทุกหัวข้อ

บททวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

นัยนา เมธา (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามที่ สร้างจากการทบทวน ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 31 ข้อตามหลักโภชนบัญญัติคือ หมวดหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม หมวดเครื่องปรุงรส แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามหมวดอาหาร พบว่าในหมวดผัก ผลไม้และเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับสูง ส่วนหมวดแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมันและเครื่องปรุงรสอยู่ในระดับปานกลาง

สุนตรา นิมานันท์ (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเขตเมืองเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2536 จำนวน 1,233 คน เป็นชาย 619 คน และหญิง 614 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการต่างกัน จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปตามหลักโภชนาการ คือ รับประทานอาหารเช้าทุกวัน รับประทานข้าว แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ และดื่มนม 7 วันต่อสัปดาห์ ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มด้วยตนเอง และพบนักเรียนชายประมาณร้อยละ

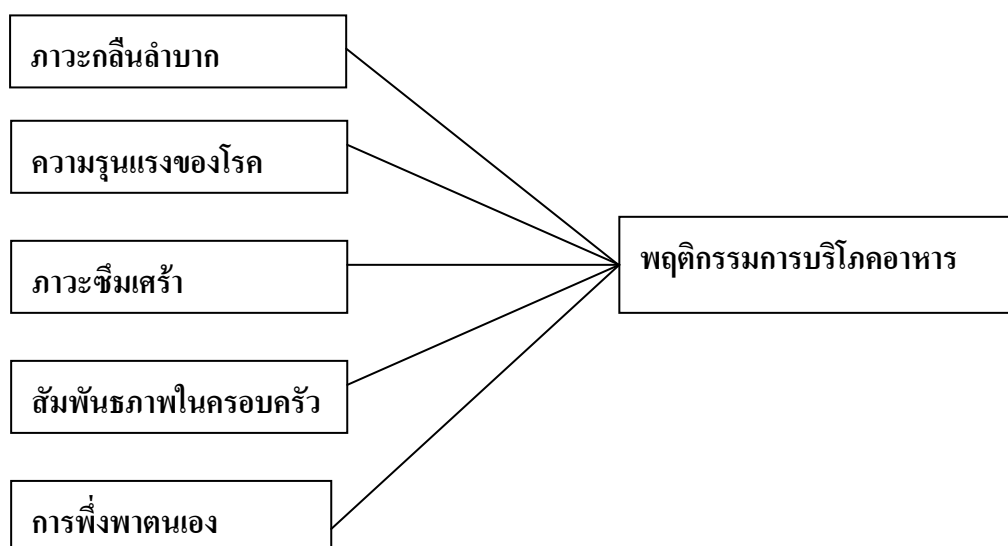
62 – 69 และนักเรียนหญิงประมาณ 64 – 71 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน นักเรียนชายร้อยละ 15.2 และนักเรียนหญิงร้อยละ 9.9 มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน และอีกกลุ่มพบนักเรียนชายร้อยละ 19.5 นักเรียนหญิงร้อยละ 22.5 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน โดยมีปัจจัยนำได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะคิดต่อการเลือกบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัว และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากครู การแนะนำจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในเรื่องการรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าหลัง 21.00 น. การรับประทานเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ข้าว แป้ง น้ำตาล ถั่ว ผักต่างๆ ผลไม้ และการดื่มนมใน 1 สัปดาห์ การรับประทานอาหารเช้าๆ ดิบๆ ความตรงเวลาของการรับประทานอาหารเช้า จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานใน 1 วัน การรับประทานอาหารเช้ากินเล่นจุบจิบ ปริมาณอาหารที่รับประทานเมื่อสบายใจ มีความสุข และรวมทั้งรับประทานเมื่อเกิดอาการเศร้าใจ เสียใจ วิตกกังวล การเลือกบริโภคอาหารเครื่องดื่ม และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน

พัชรี ยุติธรรม (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารชาวชนบทภาคเหนือ โดยได้ศึกษาชุมชนป่าแดด อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่าในอดีตชาวชนบทภาคเหนือมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย แหล่งที่มาของอาหารได้จากทุ่งนาและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ปัจจุบันวิถีชีวิตชาวชนบทภาคเหนือที่อยู่ใกล้เมืองมีการเปลี่ยนแปลง มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและโครงสร้างทางสังคมทำให้สังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นอุตสาหกรรม ที่ทำกินถูกซื้อเป็นโรงงาน ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ต้องทำงานแข่งกับเวลามากขึ้น แหล่งของอาหารได้จากร้านขายของชำ แผงลอย รถเข็น มินิมาร์ท และห้างสรรพสินค้า ครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวนิยมรับประทานอาหารเช้ารูป และอาหารนอกบ้านมากขึ้น ทำให้บทบาทการขัดเกลาในครอบครัวลดลง ได้รับการขัดเกลาจากภายนอกเข้ามาทำหน้าที่แทน คือ ร้านค้า สื่อโฆษณา เพื่อน และโรงเรียน เด็กวัยรุ่นชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติแปลกใหม่ และที่สำคัญชอบบริโภคตามห้างสรรพสินค้า โดยเฉพาะร้านอาหารที่มีสาขาจากต่างประเทศ ส่วนในครอบครัวขยายยังคงมีบางครอบครัวที่ชอบบริโภคอาหารพื้นเมืองดังเช่นในอดีตและยังคงความเชื่อเกี่ยวกับเหตุผลข้ออ้างต่างๆ อยู่บ้าง กลุ่มผู้สูงอายุส่วนมากเริ่มมีเหตุผลในการเลือกบริโภคอาหารมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี และความเจริญเข้าสู่หมู่บ้าน ปัจจัยที่สำคัญและมีบทบาทในการกล่อมเกลาคนในชุมชนคือ เพื่อน สื่อมวลชน ร้านค้า ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งและกระตุ้นให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม และส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารต่อคน
ในชุมชน

ในการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นมีการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และโรคเรื้อรังอื่นๆ ในทุกด้านทั้งในและต่างประเทศแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่
ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รอยเป็นกรอบ
แนวคิดยังไม่มีคนศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รอยเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจาก
พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลด
ภาวะแทรกซ้อนของอาการ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ช่วยเพิ่มคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ (Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเอง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันนาน 1 เดือน-1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันนาน 1 เดือน-1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $n = 10K + 50$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

K คือ ตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัวแปร

ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ $(10 \times 6) + 50 = 110$

ผลการคำนวณโดยใช้สูตรข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยวารสาร, 2553) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ 121 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้คือ

2.1 คัดเลือก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีคลินิกอายุรกรรมประสาท ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี

2.2 สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยสุ่มมา 3 โรงพยาบาล จาก 6 โรงพยาบาล ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without Replacement) ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

2.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของชั้นภูมิ เป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรทั้งหมดในชั้นภูมินั้น ๆ (Proportional to size) โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรจากจำนวนประชากรผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก อายุรกรรมประสาทในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ของแต่ละโรงพยาบาล และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนเท่ากัน (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ร.พ.} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (121)} \times \text{จำนวนประชากรของแต่ละร.พ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (9,100)}}$$

ได้จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
จุฬาลงกรณ์	3,100	41
พระมงกุฎเกล้า	3,000	40
ราชวิถี	3,000	40
รวม	9,100	121

2.4 เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่คลินิกอายุรกรรมประสาท หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2554 และเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 121 คน

3. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย
- 3.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันนาน 1 เดือน -1 ปี
 - 3.2 อายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
 - 3.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาในขณะให้ข้อมูล
 - 3.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
 - 3.5 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน
 - 3.6 ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา
4. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ประกอบด้วย
- 4.1 ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จนครบข้อคำถาม
 - 4.2 ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	71	58.7
หญิง	50	41.3
อายุ (ปี)		
30 – 40	20	16.5
41 – 50	31	25.6
51 – 60	70	57.9
$\bar{X} = 50.17, SD = 8.462, Min = 30, Max = 60$		
สถานภาพสมรส		
โสด	19	15.7
คู่	88	72.7
แยกกันอยู่	14	11.6
ความเพียงพอของรายได้		
มีเงินพอใช้	61	50.4
มีเงินเหลือเก็บ	47	38.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีเงินไม่พอใช้	13	10.7
การอยู่อาศัย		
พ่อหรือแม่	11	9.1
สามีหรือภรรยา	82	67.8
พี่น้อง	7	5.8
เพื่อนบ้าน	1	0.8
อาศัยอยู่คนเดียว	6	5.0
อื่นๆ	14	11.6
อาหารที่ท่านรับประทาน		
ทำอาหารรับประทานเอง	55	45.5
ซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน	23	19
ทำอาหารรับประทานเองร่วมกับ ซื้ออาหารสำเร็จรูป รับประทาน	43	35.5
การวินิจฉัยโรค		
Large Infarction	24	19.8
Lacunar Infarction	97	80.2
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม (BMI = < 18.5)	10	8.3
ปกติ (BMI = 18.5-24.99)	52	43
อ้วน (BMI = >24.99)	59	48.8
คะแนน NIHSS STROKE SCALE		
(ความรุนแรงของโรค)		
ความรุนแรงของโรคน้อย	50	41.3
ความรุนแรงของโรคปานกลาง	71	58.7
$\bar{X} = 6.26, SD = 4.505$		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย อาหารที่รับประทาน

2. แบบ สอบถาม ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คีบหรืออุดตัน ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และคะแนน NIHSS STROKE SCALE (ความรุนแรงของโรค)

โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สำหรับกลุ่มตัวอย่างเดิมข้อความหรือเลือกคำตอบ ข้อ 1 – 11 และสำหรับผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติผู้ป่วย ข้อ 12 – 17

ชุด ที่ 2 แบบประเมินการกลืนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบประเมินทางคลินิกของการกลืนของสายทิพย์ จ้ายพงษ์ (2550) ดัดแปลงมาจาก ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร (2545) ประกอบด้วยการประเมิน 8 ขั้นตอนได้แก่

การขย้อน (Gag reflex)	ได้แก่ ข้อ	1
Swallowing reflex	ได้แก่ ข้อ	2
การไอ	ได้แก่ ข้อ	3
การเปล่งเสียง	ได้แก่ ข้อ	4
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า	ได้แก่ ข้อ	5
ความแข็งแรงของลิ้น	ได้แก่ ข้อ	6
การประเมินการปิดปาก	ได้แก่ ข้อ	7
การประเมินความแข็งแรงของขากรรไกร	ได้แก่ ข้อ	8

การ ประเมิน การกลืนของผู้ป่วยว่า ปกติหรือมีความผิดปกติ คะแนนเต็ม = 8 คะแนน การประเมินถ้ามีความผิดปกติให้คะแนน = 0 และถ้าปกติให้คะแนน = 1 ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนนถือว่ามีความผิดปกติ ในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน จากการขย้อน (Gag reflex) Swallowing reflex การไอ การเปล่งเสียง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การประเมินการปิดปาก และการประเมินความแข็งแรงของขากรรไกร โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคัดแปลงจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า โดยนำมาจาก Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen (1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ตรวจสอบค่าความเที่ยงของการวัดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อแบ่งการวัดเป็น 4 ด้าน ได้แก่

วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า (Depressed Affect)	7 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 10, 13, 17, 18
วัดความรู้สึกด้านบวก (Positive Affect)	4 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 16
วัดอาการเชิงช้าหงอยเหงา (Somatic and Retarded Activity)	7 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 9, 11, 14, 20
วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal)	2 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 15, 19
ข้อคำถามเชิงลบจำนวน	16 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20
ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน	4 ข้อ	ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 16
ด้วยการสอบถามว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในระยะเวลา	1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
ไม่เคย	หมายถึง	คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ ให้ 0 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง	คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน

แบบสอบถาม มีค่าคะแนน 0-3 คะแนนรวม 0-60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า

ชุด ที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวคัดแปลงมาจากของคุณกาญจนา ศิริวิราชัย (2536) ที่สร้างขึ้นเองจากการศึกษาดำรง เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับคือ

มากที่สุด หมายถึง ผู้ป่วยมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นอยู่เสมอหรือเป็นประจำ

มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตาม ข้อความนั้นบ่อยๆ
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตาม ข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตาม ข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตาม ข้อความนั้น

การให้คะแนน ถ้าข้อความนั้นมีความหมายทางบวก ให้คะแนน

มากที่สุด	ได้	5	คะแนน
มาก	ได้	4	คะแนน
ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
น้อย	ได้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนน

มากที่สุด	ได้	1	คะแนน
มาก	ได้	2	คะแนน
ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
น้อย	ได้	4	คะแนน
น้อยที่สุด	ได้	5	คะแนน

จำนวนข้อที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อคือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 15

จำนวนข้อที่มีความหมายทางลบ 4 ข้อคือ 7, 9, 11, 14

ชุด ที่ 5 แบบสอบถามการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ รัญญาภรณ์ ดาวน์พเกล้า (2547) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนิบาร์เทล (Barthel Index) (Hamony & Barthel, 1965 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2537) ซึ่งแปลเป็นไทยโดยประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) มีจำนวน 10 ข้อประกอบด้วย

ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 1
รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง	ได้แก่	ข้อ 2
ความสามารถในการทำมาสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เช่นล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โคนหมวด	ได้แก่	ข้อ 3
ความสามารถในการใช้ห้องสุขาของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 4
ความสามารถในการอาบน้ำของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 5
ความสามารถในการเดินของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 6
ความสามารถในการขึ้นบันไดของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 7
ความสามารถในการแต่งตัวและการเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วย	ได้แก่	ข้อ 8
ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	ได้แก่	ข้อ 9
ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	ได้แก่	ข้อ 1

คะแนนมาก หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มาก

คะแนนน้อย หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้น้อย

ชุด ที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของนัยนา เมธา (2544) ร่วมกับการทบทวน ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 31 ข้อตามหลักโภชนบัญญัติดังนี้

หมวดหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล	ได้แก่	ข้อ 1, 2, 3, 4
หมวดเนื้อสัตว์	ได้แก่	ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10
หมวดผักผลไม้	ได้แก่	ข้อ 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
หมวดไขมัน	ได้แก่	ข้อ 18, 19, 20, 21, 22, 23
หมวดเครื่องดื่ม	ได้แก่	ข้อ 24, 25, 26, 27, 28
หมวดเครื่องปรุงรส	ได้แก่	ข้อ 29, 30, 31

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เคยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้นๆเลย
ปฏิบัติมานานๆครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 1-3 วันใน 1 เดือน

ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ข้อคำถามเชิงบวก หมายถึง ข้อคำถามนั้นเป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 11, 12, 19 เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	ให้	4	คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน

2. ข้อคำถามเชิงลบ หมายถึง ข้อคำถามนั้นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 29-31 เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	4	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	5	คะแนน

3. ข้อคำถามในหมวดเครื่องดื่ม ได้แก่ ข้อ 24 – 28 เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ถ้าเคยปฏิบัติ	ให้	0	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน

เมื่อทำการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารออกเป็นหมวดผู้วิจัยได้กำหนดระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนกำหนดจากค่าเฉลี่ยโดยพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของชูศักดิ์ จรุธุสวัตต์ (2551) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

- หมวดหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนและมีค่าสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

คะแนน 16.24 – 20.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 12.43 – 16.23	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนน 8.62 – 12.42	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 4.81 – 8.61	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 1.00 – 4.80	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรแก้ไข
- หมวดเนื้อสัตว์และหมวดไขมัน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนและมีค่าสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน

คะแนน 24.24 – 30.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 18.43 – 24.23	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนน 12.62 – 18.42	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 6.81 – 12.61	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 1.00 – 6.80	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรแก้ไข
- หมวดผักผลไม้ มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนและมีค่าสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน

คะแนน 28.24 – 35.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 21.43 – 28.23	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนน 14.62 – 21.42	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 7.81 – 14.61	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 1.00 – 7.80	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรแก้ไข

- หมวดเครื่องดื่ม มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน	
คะแนน 4.04- 5.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 3.03-4.03	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนน 2.02-3.02	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 1.01-2.01	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 0.00-1.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรแก้ไข

- หมวดเครื่องปรุงรส มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนและมีค่าสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน	
คะแนน 12.24-15.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 9.43-12.23	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี
คะแนน 6.62-9.42	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 3.81-6.61	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 1.00-3.80	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการปรับตัวของรอย จำนวน 1 คน
- 4) นักโภชนาการ จำนวน 1 คน
- 5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน

ค่าความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติ การ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004) คือ

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
 - 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
 - 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
 - 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
- ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิในแบบสอบถาม ภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ดังนี้

ตารางที่ 3 การปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ข้อที่	ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
4	ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	ท่านมีความดีเท่ากับคนอื่น
5	ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	ท่านรู้สึกลำบากในการมีสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
15	ผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร

ตารางที่ 4 การปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อที่	ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
1	ท่านรู้สึกสมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน	ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน
8	สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ เชื่อฟัง และให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของท่าน	สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ เชื่อฟัง และให้ความสำคัญต่อข้อเสนอแนะของท่าน

ตารางที่ 5 การปรับแก้ไขข้อคำถามของแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง

ข้อที่	ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
1	ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ขนมหุ้น ก๋วยเตี๋ยว โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ	ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง แปรรูป เช่น ขนมหุ้น ก๋วยเตี๋ยว โดยไม่ คำนึงถึงปริมาณ
3	ท่านรับประทานเบเกอรี่ เช่น ขนมหึ่ง พาย	ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เช่น ขนมหึ่ง พาย
6	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ย่าง	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ย่าง ปลาหนึ่ง
7	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติด มัน เช่น หมูสับ หมูสามชั้นทอด	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ติดมัน เช่น หมูสับ หมูสามชั้นทอด เนื้อ ไก่ติดหนัง
13	ท่านรับประทานผลไม้ชนิดหวานจัดโดยไม่ คำนึงถึงปริมาณ เช่น ขนุน มะม่วง ลำไย กล้วย องุ่น ชมพู	ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ เช่น ขนุน มะม่วง ลำไย กล้วย องุ่น ชมพู
19	ท่านใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการประกอบอาหาร	ท่านใช้น้ำมันถั่วเหลือง(น้ำมันพืช)ใน การประกอบอาหาร
20	ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น เนื้อทอด ไข่ ทอด ปลาทอด ไก่ทอด	ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น เนื้อ ทอด ไข่ทอด ปลาทอด ไก่ทอด ปาฟองไก่ กล้วยแขก
22	ท่านรับประทานอาหารปรุงสำเร็จประเภท ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ	ท่านรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ ประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน(อาหารจาน เดียว) เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมู กรอบ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler, 1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่คลินิก อายุรกรรมประสาท หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2554 แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability
1. แบบประเมินการกลืนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.0	0.85
2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.0	0.94
3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.9	0.94
4. แบบสอบถามการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.0	0.97
5. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.9	0.84

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ส่วนใหญ่มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลา ก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนก ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการ วิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใน การศึกษารั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่มึคลินิก อายุรกรรมประสาท (ดัง แสดงไว้ในตารางที่ 7) จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน

ตารางที่ 7 สถานที่ วัน และเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาล	วันที่เปิดคลินิก	เวลา
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	จันทร์-อังคาร	13.00 -16.00 น.
	พุธ-พฤหัสบดี	08.00 -12.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี	จันทร์	08.30 -11.00 น.
	อังคาร	13.00 -15.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	จันทร์- พฤหัสบดี	09.00 -11.00 น.

การ เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดบริการดังแสดงในตารางที่ 7 สำหรับ โรงพยาบาลที่มีวันและเวลาที่คลินิกเปิดตรงกันผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสลับกันทีละสัปดาห์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล ราชวิถีในวันจันทร์เวลา 08.30 -11.00 น. และวันอังคาร 13.00 - 15.00 น. วันพุธเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เวลา 09.00 -11.00 น. วันพฤหัสบดี เก็บ ข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เวลา 08.00 -12.00 น และสัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์และอังคาร เก็บ ข้อมูลที่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เวลา 09.00 -11.00 น. วันพุธและวันพฤหัสบดี เก็บข้อมูลที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เวลา 08.00 -12.00 น. ทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบ จำนวนทั้งสิ้น 121 คน ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

4. ก่อนเก็บข้อมูลได้ ศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและญาติหลังจากนั้น ชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและญาติ เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัยหลังจากนั้นจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือในใบยินยอม

6. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละตอนจน กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจ จึงให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างระบุคำตอบด้วยตนเอง เวลาในการตอบแบบสอบถาม 25 นาที ถึง 30 นาที และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7. หยุดดำเนินการเก็บข้อมูลกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากมีกิจกรรมการรักษาที่ต้องปฏิบัติก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาเสร็จแล้ว

8. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยรวมถึงตอบข้อซักถามต่างๆ หลังจากนั้น กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ พร้อมทั้งมอบของที่ระลึก

9. ตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล โดยได้แบบสอบถามที่มีความครบถ้วนทั้ง 121 ชุด และมีความสมบูรณ์ทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมแพथ์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผล การวิจัยนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าการตอบ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการวิจัยต่อไปจนเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามรายละเอียด ดังนี้

1. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา การอยู่อาศัย อาหารที่รับประทาน การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และความรุนแรงของโรค ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและใช้สถิติร้อยละ
3. วิเคราะห์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเองกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ Davis (1992 อ้างถึงใน ประคอง วรรณสูตร, 2542) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.70 หรือมากกว่า	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์สูง
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01 – 0.09	แทบไม่มีความสัมพันธ์

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนอผลดังตารางที่ 9 - 14

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หมวดข้าว- แป้ง – น้ำตาล	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานข้าวกล้องเป็นประจำ	35	28.9	20	16.5	13	10.7	31	25.6	22	18.2
2. การรับประทานอาหารประเภทแป้งแปรรูป เช่น ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ	13	10.7	52	43.0	21	17.4	15	12.4	20	16.5
3. การรับประทานผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เช่น ขนมปัง พาย	11	9.1	52	43.0	26	21.5	10	8.3	22	18.2
4. การรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด	8	6.6	7	5.8	18	14.9	53	43.8	35	28.9

จากตารางที่ 9 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดข้าว- แป้ง – น้ำตาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องการรับประทานข้าวกล้องเป็นประจำ มีถึงร้อยละ 28.9 ในขณะที่ปฏิบัติเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 18.2 การรับประทาน อาหารประเภทแป้งแปรรูป ปฏิบัตินานๆครั้ง มีร้อยละ 43 และที่ปฏิบัติเป็นประจำ มีร้อยละ 16.5 การรับประทานผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ ปฏิบัตินานๆครั้ง มีร้อยละ 43 และที่ปฏิบัติเป็นประจำมีร้อยละ 18.2 การรับประทานขนมหวาน ที่ปฏิบัติบ่อยมีถึงร้อยละ 43.8 และที่ปฏิบัติเป็นประจำมีร้อยละ 28.9

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมวดเนื้อสัตว์	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ย่าง ปลาหนึ่ง	10	8.3	29	24.0	26	21.5	39	32.2	17	14.0
2. การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ทำเค็มแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้ง แห้ง	28	23.1	56	46.3	22	18.2	9	7.4	6	5.0
3. การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ติดมัน เช่น หมูสับ หมูสามชั้นทอด เนื้อ ไก่ติดหนัง	28	23.1	49	40.5	20	16.5	14	11.6	10	8.3
4. การรับประทานอาหารประเภทเครื่อง ในสัตว์ เช่น เชียงจี้ หัวใจ ตับ	34	28.1	64	52.9	15	12.4	6	5.0	2	1.7
5. การรับประทานไข่แดง	7	5.8	49	40.5	19	15.7	17	14.0	29	24.0
6. การรับประทานเนื้อสัตว์ที่บรรจุ กระป๋อง เช่น เนื้อกระป๋อง ปลากระป๋อง	34	28.1	69	57.0	9	7.4	5	4.1	4	3.3

จากตารางที่ 10 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดเนื้อสัตว์พบว่า การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ ปฏิบัติบ่อยมีถึงร้อยละ 32.2 รองลงมาคือร้อยละ 24 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทำเค็มแปรรูป มีร้อยละ 46.3 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และมีร้อยละ 23.1 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ตัดมัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.5 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง รองลงมา มีร้อยละ 23.1 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.9 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง รองลงมา มีร้อยละ 28.1 ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานไข่แดง กลุ่มตัวอย่างมีถึงร้อยละ 40.5 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และที่ปฏิบัติเป็นประจำมีร้อยละ 24 การรับประทานเนื้อสัตว์ที่บรรจุกระป๋อง มีร้อยละ 57 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และมีร้อยละ 28.1 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมวดผักผลไม้	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานผักใบชนิดต่างๆ เช่น ผักกาดขาว ผักบุ้ง กะหล่ำปลี	2	1.7	11	9.1	28	23.1	50	41.3	30	24.8
2. การรับประทานผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล	5	4.1	19	15.7	25	20.7	46	38.0	26	21.5
3. การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดโดยไม่คิดถึงปริมาณ เช่น ขนุน มะม่วง ลำไย กลิ้ว องุ่น	40	33.1	50	41.3	15	12.4	13	10.7	3	2.5
4.การรับประทานผักดองเค็มแปรรูปที่มีรสเค็มจัด เช่น ผักกาดดอง จิงดอง	48	39.7	59	48.8	4	3.3	8	6.6	2	1.7
5. การรับประทานผลไม้ดองเกลือชนิดแห้ง เช่น บัวเค็ม	49	40.5	59	48.8	2	1.7	7	5.8	4	3.3
6.การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวเข้มข้น เช่น มะขามเข้มข้น มะม่วงเข้มข้น	50	41.3	8	6.6	2	1.7	8	6.6	4	3.3
7. การรับประทานผลไม้กระป๋องโดยไม่คิดถึงปริมาณ เช่น เงาะกระป๋อง	65	53.7	43	35.5	5	4.1	5	4.1	3	2.5

จากตารางที่ 11 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดผัก ผลไม้พบว่า การรับประทานผักใบชนิดต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีถึงร้อยละ 41.3 ที่ปฏิบัติบ่อย รองลงมา มีร้อยละ 24.8 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ การรับประทานผลไม้ที่มีกากใยสูง ปฏิบัติบ่อยมีถึงร้อยละ 38 รองลงมา มีร้อยละ 21.5 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดโดยไม่คิดถึง ปริมาณ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และมีร้อยละ 33.1 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การ รับประทานผักดองเค็มแปรรูปที่มีรสเค็มจัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัตินานๆ ครั้งมีร้อยละ 48.8 รองลงมา มีร้อยละ 39.7 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานผลไม้ดองเกลือชนิดแห้ง มีร้อยละ 48.8 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และมีร้อยละ 40.5 ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวแช่อิ่ม กลุ่ม ตัวอย่าง ร้อยละ 41.3 ไม่เคยปฏิบัติเลย รองลงมา มีร้อยละ 6.6 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้งและปฏิบัติบ่อย และมีร้อยละ 3.3 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ การรับประทานผลไม้กระป๋องโดยไม่คิดถึงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเลยมีร้อยละ 53.7 รองลงมา ร้อยละ 35.5 ที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมวดไขมัน	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้ไขมันถั่วเหลือง(น้ำมันพืช)ในการประกอบอาหาร	2	1.7	6	5.0	14	11.6	26	21.5	73	60.3
2. การใช้ไขมันหมูในการประกอบอาหาร	97	80.2	17	14.0	4	3.3	1	0.8	2	1.7
3. การรับประทานอาหารทอด เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว	12	9.9	15	12.4	14	11.6	48	39.7	32	26.4
4. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบ ของกะทิ	3	2.5	10	8.3	25	20.7	57	47.1	26	21.5
5. การรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ ประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน(อาหารจานเดียว) เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ	7	5.8	11	9.1	20	16.5	66	54.5	17	14.0
6. การรับประทานเนยหรือมาการีน	82	67.8	26	21.5	5	4.1	4	3.3	4	3.3

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดไขมัน พบว่าการใช้น้ำมันถั่วเหลือง (น้ำมันพืช) ในการประกอบอาหาร มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 60.3 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ รองลงมามีร้อยละ 21.5 ที่ปฏิบัติบ่อย และมีร้อยละ 11.6 ที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย การใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร มีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 80.2 ที่ไม่เคยใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหารเลย รองลงมามีร้อยละ 14 ที่ปฏิบัติหลายๆ ครั้ง การรับประทานอาหารทอด พบว่ามีร้อยละ 39.7 ที่ปฏิบัติบ่อย รองลงมามีร้อยละ 26.4 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ ปฏิบัติบ่อยมีร้อยละ 47.1 รองลงมามี ร้อยละ 21.5 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ การรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ ประเภท เนื้อสัตว์ที่มีไขมัน (อาหารจานเดียว) มีถึงร้อยละ 54.5 ที่ปฏิบัติบ่อย รองลงมามีร้อยละ 16.5 ที่ปฏิบัติข้างน้อย การรับประทานเนยหรือมาการีน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.8 ไม่เคยปฏิบัติเลย รองลงมามีร้อยละ 21.5 ที่ปฏิบัติหลายๆ ครั้ง

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมวดเครื่องดื่ม	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การดื่มสุรา	88	72.7	20	16.5	10	8.3	-	-	3	2.5
2. การดื่มชา กาแฟ	49	40.5	16	13.2	1	0.8	29	24	26	21.5
3. การดื่มเบียร์/ไวน์	96	79.3	13	10.7	8	6.6	-	-	4	3.3
4. การดื่มเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่	78	64.5	29	24.0	12	9.9	-	-	2	1.7
5. การดื่มน้ำอัดลม	8	6.6	6	5.0	29	24	26	21.5	52	43

จากตารางที่ 13 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดเครื่องดื่มพบว่าในเรื่องการดื่มน้ำอัดลมดื่มเป็นประจำมีถึงร้อยละ 43 รองลงมาคือดื่มค่อนข้างน้อยมีร้อยละ 24 และไม่เคยดื่มเลยมีร้อยละ 6.6 การดื่มสุรา ร้อยละ 72.7 ไม่เคยดื่มสุราเลย รองลงมา มีร้อยละ 16.5 ที่ดื่มสุรานานๆครั้ง การดื่มชา กาแฟ มีถึงร้อยละ 40.5 ที่ไม่เคยดื่มชา กาแฟ เลย รองลงมา มีร้อยละ 24 ที่ดื่มบ่อย และมีร้อยละ 21.5 ที่ดื่มชา กาแฟ เป็นประจำ การดื่มเบียร์/ไวน์ มีถึงร้อยละ 79.3 ไม่เคยดื่มเบียร์/ไวน์ เลย รองลงมา มีร้อยละ 10.7 ที่ดื่มเบียร์/ไวน์ นานๆครั้ง การดื่มเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยดื่มเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่เลยมีถึงร้อยละ 64.5 รองลงมา มีร้อยละ 24 ที่ดื่มเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่นานๆครั้ง

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมวดเครื่องปรุงรส	ระดับการปฏิบัติ(n = 121)									
	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติค่อนข้างน้อย		ปฏิบัติบ่อย		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้เครื่องปรุงรสในการปรุงอาหาร โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ	26	21.5	5	4.1	23	19.0	60	49.6	7	5.8
2. การใช้เต้าเจี้ยวในการปรุงอาหาร	6	5.0	4	3.3	23	19.0	79	65.3	9	7.4
3. การใช้กะปิ ปลา ร้า เป็นส่วนประกอบใน การปรุงอาหาร	3	2.5	12	9.9	12	9.9	33	27.3	60	49.6

ตารางที่ 14 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหมวดเครื่องปรุงรส พบว่าการใช้เครื่องปรุงรสในการปรุงอาหารโดยไม่คำนึงถึงปริมาณ มีถึงร้อยละ 49.6 ที่ปฏิบัติบ่อย รองลงมา มีร้อยละ 21.5 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การใช้เต้าเจี้ยวในการปรุงอาหาร มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 65.3 ที่ปฏิบัติบ่อย รองลงมา มีร้อยละ 19 ที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย และมีร้อยละ 7.4 ปฏิบัติเป็นประจำ การใช้กะปิ ปลา ร้า เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร ปฏิบัติเป็นประจำ มีร้อยละ 49.6 รองลงมา มีร้อยละ 27.3 ที่ปฏิบัติบ่อย และมีร้อยละ 9.9 ปฏิบัตินานๆครั้ง และปฏิบัติค่อนข้างน้อย

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง จำแนกตามหลักโภชนบัญญัติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร
หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล	20	14.95	3.545	ดี
หมวดเนื้อสัตว์	30	23.70	4.216	ดี
หมวดผักผลไม้	35	25.24	5.328	ดี
หมวดไขมัน	30	24.64	4.805	ดีมาก
หมวดเครื่องดื่ม	5	3	1.746	ปานกลาง
หมวดเครื่องปรุงรส	15	10.94	2.573	ดี

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามหลักโภชนบัญญัติ หมวดไขมัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} =$
24.64) หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และ หมวดเครื่องปรุงรส มี
พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.95$, $\bar{X} = 23.66$, $\bar{X} = 25.24$ และ $\bar{X} = 10.94$
ตามลำดับ) และหมวดเครื่องดื่ม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3$)

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	\bar{X}	SD
ภาวะกลืนลำบาก	7.83	0.601
ความรุนแรงของโรค	6.26	4.505
ภาวะซึมเศร้า	1.36	0.483
สัมพันธภาพในครอบครัว	3.33	0.791
การพึ่งพาตนเอง	1.65	0.536

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสนอผลดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ภาวะกลืนลำบาก	0.17	0.057
ความรุนแรงของโรค	- 0.20	0.026
ภาวะซึมเศร้า	- 0.48	0.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.42	0.000
การพึ่งพาตนเอง	0.28	0.002

จากตารางที่ 17 พบว่า ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภค
อาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .483$ และ $.203$
ตามลำดับ)

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .415$
และ $.275$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation research) ครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ รอย (1999) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองมีการตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ระดับศัลยกรรมขั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันนาน 1 เดือน -1 ปี
2. อายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาในขณะที่ให้ข้อมูล
4. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
5. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน
6. ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ชุดได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบประเมินการกลืนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินการกลืนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.85, 0.94, 0.94, 0.97 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามรายละเอียด ดังนี้

1. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา การอยู่อาศัย อาหารที่รับประทาน การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และความรุนแรงของโรค ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและใช้สถิติร้อยละ
3. วิเคราะห์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดิบหรืออดต้น ด้วยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเองกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 ($\bar{X} = 50.17$, $SD = 8.462$) ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 45.5) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ Lacunar Infarction (ร้อยละ 80.2) ดัชนีมวลกายที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร (ร้อยละ 48.8) ความรุนแรงของโรค $\bar{X} = 6.26$

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามหลักโภชนบัญญัติ พบว่าหมวดไขมัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 24.64$) หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และหมวดเครื่องปรุงรส มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.95$, $\bar{X} = 23.66$, $\bar{X} = 25.24$ และ $\bar{X} = 10.94$ ตามลำดับ) และหมวดเครื่องดื่ม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3$)

3. ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ภาวะซึ่มเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.483$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

5. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.203$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

6. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .415$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

7. การพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .275$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ
อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของรอย (1999 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 121 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตาม หลักโภชนบัญญัติ หมวดไขมัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 24.64$) หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และหมวดเครื่องปรุงรส มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.95$, $\bar{X} = 23.66$, $\bar{X} = 25.24$ และ $\bar{X} = 10.94$ ตามลำดับ) และหมวดเครื่องดื่ม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะภายหลังออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 เดือน – 1 ปี ซึ่งอาจได้รับข้อมูลการแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค จากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้มีการปรับตัวใน เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งมีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1.1 อาหารหมวดข้าว-แป้ง – น้ำตาล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้องค่อนข้างน้อย ที่รับประทานเป็นประจำมีจำนวนเพียง 22 คน และที่ไม่เคยรับประทานเลยมีจำนวนถึง 35 คน เนื่องจากข้าวกล้องเป็นข้าวที่มีราคาค่อนข้างสูง มีกากใยสูงเคี้ยวกลืนลำบาก เก็บไม่ได้นาน จึงทำให้มีการบริโภคค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามควรมีการแนะนำส่งเสริมการรับประทานข้าวกล้องเพราะ แป้งในข้าวกล้องถือเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) ที่มีการย่อยสลายอย่างช้าๆ ทำให้ สามารถชะลอการดูดซึ่ม ระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ ข้าวกล้องจึงช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ และให้พลังงานต่ำ ช่วยรักษาน้ำหนักตัวไม่อ้วน ตรงกันข้ามแป้งในข้าวขาวถือเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) กากใยน้อยกว่า ข้าวกล้อง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเร็ว ไม่สมดุลกับระดับอินซูลิน ทำให้น้ำตาลเหลือในกระแสเลือดมาก ดังนั้นร่างกายจะเปลี่ยนน้ำตาลเป็นไขมัน เป็นสาเหตุทำให้อ้วนได้ นอกจากนี้ ข้าวกล้องมี วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินบี 1 ที่สามารถ ป้องกันโรคเหน็บชา วิตามินบี 2 ป้องกันโรคปากนกกระจอก และวิตามินบีอื่นๆ อีกหลายชนิด และยังอุดมไปด้วยธาตุเหล็ก แคลเซียม ฟอสฟอรัส ซีลีเนียม แมกนีเซียมที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และโพแทสเซียม ช่วยลดความดันโลหิตได้ มีใยอาหาร ช่วยให้ระบบขับถ่ายเป็นไปอย่างปกติ ลดการท้องผูก ป้องกันโรคเกี่ยวกับลำไส้ และโรคมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้ยังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวานได้(ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

1.2 อาหารหมวดเนื้อสัตว์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมคือรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันต่ำ เช่น ออกไก่ย่าง ปลาหนึ่ง รับประทานบ่อย มีจำนวนถึง 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน ร้อยละ 24 ที่รับประทานไข่แดงเป็นประจำ จึงควรมีการแนะนำส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานไข่ ว่าไข่เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีสารอาหารหลายชนิดอยู่ในไข่ ในไข่ขาวจะมีโปรตีนสูง และเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง คือมีกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย (Essential amino acid) ไขมันในไข่แดงส่วนใหญ่จะเป็นไขมันไม่อิ่มตัว ส่วนคอเลสเตอรอลจะมีเฉพาะในไข่แดง ไม่มีในไข่ขาว ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานไข่แดง รับประทานเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น

1.3 อาหารหมวดผักผลไม้ พบว่า การรับประทานผักใบชนิดต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีถึงร้อยละ 41.3 ที่ปฏิบัติบ่อย การรับประทานผลไม้ที่มีกากใยสูง ปฏิบัติบ่อยมีถึงร้อยละ 38 การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดโดยไม่คิดถึงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 ปฏิบัตินานๆครั้ง และมีร้อยละ 33.1 ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานผักดองเค็มแปรรูปที่มีรสเค็มจัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัตินานๆครั้งมีร้อยละ 48.8 การรับประทานผลไม้ดองเกลือชนิดแห้ง มีร้อยละ 48.8 ที่ปฏิบัตินานๆครั้ง และมีร้อยละ 40.5 ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวเข้มข้น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.3 ไม่เคยปฏิบัติเลย การรับประทานผลไม้กระป๋องโดยไม่คิดถึงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเลยมีร้อยละ 53.7 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง เนื่องจากผลไม้ในกลุ่มนี้มีทั้งเกลือและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ

1.4 อาหารหมวดไขมัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม คือ มีการใช้น้ำมันถั่วเหลือง (น้ำมันพืช) ในการประกอบอาหารพบได้ถึงร้อยละ

ละ 60.3 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ และไม่ใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหารเลยร้อยละ 80.2 ทั้งนี้เนื่องจากอาจได้รับข้อมูลมาว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โคลเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

1.5 หมวดเครื่องดื่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คือ มีการดื่มน้ำอัดลม เป็นประจำมีจำนวนถึง 52 คนคิดเป็นร้อยละ 43 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงมีคำแนะนำในเรื่องการดื่มน้ำอัดลมว่าในน้ำอัดลมมีน้ำตาลอยู่ร้อยละ 10 ถ้าดื่มทุกวัน หรือดื่มทุกมื้ออาหาร ก็ทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลมากโดยไม่จำเป็น อีกทั้งก๊าซที่บรรจุลงในขวดน้ำอัดลม ก็ทำให้เกิดอาการแน่นท้องหรือท้องอืด กรดคาร์บอนิกที่เกิดในน้ำอัดลม จะเข้าไปกัดกร่อนเคลือบฟัน ทำให้ฟันผุได้ และคาเฟอีนที่มีอยู่ในน้ำอัดลมบางชนิดจะไปกระตุ้นสมอง อาจทำให้เกิดใจสั่นและเวียนศีรษะได้

1.6 หมวดเครื่องปรุงรส พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คือมีการใช้เต้าเจี้ยวในการปรุงอาหาร พบได้จำนวน 79 คนคิดเป็นร้อยละ 65.3 ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำอาหารรับประทานเองมีถึง 55 คนคิดเป็นร้อยละ 45.5 ซึ่งการทำอาหารรับประทานเองทำให้มีการใช้เครื่องปรุงรสต่างๆอย่างไม่มีขีดจำกัดและปรุงแต่งรสชาติตามใจซึ่งในเครื่องปรุงรสเหล่านี้มีทั้งน้ำตาลและเกลือเป็นส่วนประกอบ ซึ่งการรับประทานเกลือมากๆทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

จากที่กล่าวมา สอดคล้องกับการศึกษาของรจนันท์ เพ็งแก้ว (2551) ที่ศึกษาการปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการส่งเสริม ด้านความรู้ทำให้ การปรับตัวด้านต่างๆดีขึ้นรวมทั้งการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นด้วย

2. การศึกษาปัจจัยด้านภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะกลืนลำบาก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.174$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็น Lacunar Infarction มีจำนวนถึง 97 คนคิดเป็นร้อยละ 80.2 ซึ่ง Lacunar Infarction เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้บริเวณสมองที่ขาดเลือดจะเล็กทำให้มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี อาการของโรคไม่ค่อยรุนแรง

จึงทำให้กลไกในการควบคุมการกลืน ไม่ได้รับผลกระทบ และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 71 คนคิดเป็นร้อยละ 8.7 ซึ่งภาวะกลืนลำบากคือ การมีความผิดปกติของ Cranial nerve คู่ที่ 5,7,9,10 และ 12 หรือประสาทสั่งการควบคุม (Cognator, Regulator) ทำให้มีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคี้ยว ทำให้ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ และอีกเหตุผลหนึ่งคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็น การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารหรือไม่รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปฏิบัติในแต่ละวัน โดยพิจารณาชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภค โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้คือ สภาวะอารมณ์หรือจิตใจ ภาวะเศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อ ความรู้ ทักษะทางโภชนาการ แบบแผนการดำรงชีวิต และความชอบของแต่ละบุคคล จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชัดแจ้งกับการศึกษาของ Lin (2003) ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบรวมถึงภาวะกลืนลำบากทำให้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.203$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 6.26$, $SD=4.505$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Atulabh Vajpayee et al. (2008) ที่ว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ สอดคล้องกับ Neeraj Badjatia (2008) ที่กล่าวว่าเมื่อสมองได้รับความบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้เนื้อสมองเกิดความเสียหายจากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อสมองในช่วงเวลาหนึ่ง ความเสียหายนี้มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานในส่วนต่างๆของร่างกายรวมถึงการรับประทานอาหารย่อย การเผาผลาญและการดูดซึมอาหาร ความรุนแรงของโรค จึงมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าการที่มีระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง การมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นคือการที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันบริเวณหลอดเลือดขนาดใหญ่ทำให้มีสมองส่วนที่ขาดเลือดค่อนข้างมาก ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี การทำงานของ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนผิดปกติ ได้แก่ gag reflex, swallowing reflex, vocal cord, ความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก ความแข็งแรงของขากรรไกร รวมถึงการรับรส การมองเห็น และการเคลื่อนไหวของมือและขา ซึ่งความผิดปกติของระบบ

ประสาททั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายนี้ จะมีผลทำให้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริเวณเนื้อสมองที่ถูกทำลาย แต่เนื่องจากในงานวิจัยฉบับนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 71 คนคิดเป็นร้อยละ 58.7 เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง NIHSS STROKE SCALE ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 11 ข้อได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การกลอกตา การมองเห็น การมีหน้าเบี้ยว กำลังก้ามเนื้อแขนขา การเสียการประสานงานของก้ามเนื้อ การรับความรู้สึก การใช้ภาษา เสียงพูด และการไม่สนใจร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่นมีกำลังก้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเล็กน้อยสามารถเดินช่วยเหลือตนเองโดยใช้กายอุปกรณ์ได้ หรือมีอาการชาปลายมือปลายเท้าเพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นอาการของโรคที่รุนแรงน้อยและไม่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของก้ามเนื้อที่ใช้ในการเกี่ยวหรือกลืน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.483$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Folstein et al.(1977) ที่ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย post stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robert G. et al. (2010) ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องการทํากิจวัตรประจำวัน การคิดรู้อที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีและทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา และโดยที่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายในการดูแลรักษาในระยะยาว ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายหรือภาษาได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลจากอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยทำให้ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง(สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550)

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.416$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ที่ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่ใน

ระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลอาจเป็นผู้คอยจัดหาอาหารและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นทำให้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ สอดคล้องกับ การศึกษาของ FOOD Trial Collaboration(2003)พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีญาติคอยดูแล จะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ได้ถึง 46% อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักความห่วงใยกัน ดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย มีเวลาที่จะพบปะพูดคุยกัน ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีผู้ดูแลคอยจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.275$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Unosson et al. (1994) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการพึ่งพา ตนเอง ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ 48 ชั่วโมง หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 อาทิตย์และ 9 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพา ตนเองอยู่ในระดับต่ำ ก็ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ภายหลังกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 9 พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจนเกิดภาวะทุพโภชนาการดังนั้นระดับการพึ่งพา ตนเองจึงมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร บ่งบอกว่าการพึ่งพาตนเองสูงย่อมทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีร่วมด้วย จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายอันเนื่องมาจากความพร่องทางระบบประสาท จะมีอาการแขน ขาอ่อนแรง ความผิดปกติของการพูด ความสามารถในการรับรู้ การสื่อสาร เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมดความสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หมดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถ พึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ,2547) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนถึง 71 คนคิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่นสามารถรับประทานอาหารเองได้ สามารถเดิน ทำความสะอาดร่างกายตนเอง อาบน้ำแต่งตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดหาอาหารที่มีประโยชน์รับประทานได้ด้วยตนเองดังนั้นการพึ่งพาตนเองสูงจึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำผลของการศึกษาค้นคว้ามาดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ให้มีคุณภาพมากขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการพยาบาล ที่ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากผลของการศึกษาทราบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถป้องกันหรือแก้ไขสาเหตุการเกิด ปัญหาทางโภชนาการในผู้ป่วย ได้ถูกต้อง และยังส่งผลทางอ้อมต่อการลดค่ารักษาพยาบาลอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ผลของการศึกษายังสามารถนำไปสร้างหรือพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ให้มีประสิทธิภาพและครบวงจรมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา ฝ่ายการศึกษาสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไป พัฒนาหลักสูตรและจัดบทเรียนให้แก่ผู้เรียนได้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำมา ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องกับสาเหตุการเกิดโรคอย่างแท้จริงตลอดจนทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการบริหาร การพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลวางแผน พัฒนาความรู้ ความสามารถและสร้างทักษะของ พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือจัดให้มีการสัมมนาเชิงวิชาการแก่บุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้และรูปแบบการดูแล การบริการผู้ป่วยให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้นคว้าต่อไปควรศึกษาปัจจัยตัวแปรด้านอื่นๆ เช่น ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากปัจจัยอันหลากหลายที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคนั้นล้วนเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

2. ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมล อยู่สุข. 2551. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนใน
สถานธรรมไท่เอวี่ยน จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2547. ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์(บรรณาธิการ). การ
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แอล ที เพรส
จำกัด.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. 2543. คู่มือธงโภชนาการ. นนทบุรี : โรงพิมพ์ รสพ.

กองสถิติสาธารณสุข. 2547. อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สยามมิตรการ
พิมพ์.

กองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2545. คู่มือการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
ประชาชนไทย . กรุงเทพฯ: บริษัทนิวไทยมิตรการพิมพ์(1996) จำกัด.

ก้องเกียรติ คุณท์กันทรารกร .2547.ประสาทวิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .

กัมมันต์ พันธุมจินดา.2532. Clinical epidimiology of cerebrovascular disease. ในจเร ผล
ประเสริฐ , สุรชัย เคารพธรรม และกัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ), **Stroke :
Cerebrovascular disease.** (หน้า13-34). กรุงเทพมหานคร : บริษัทเอียร์บุคพับลิชเชอร์.

กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2552. **Basic and Clinical Neuroscience 2.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา ศรีมหันต์ .2541. ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ใน
เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2552. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ แอล ที เพรส จำกัด.

กิงทิพย์ เต็มทอง. 2546. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีหมู่บ้านท่าช้าง
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. ปริญญามานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย สาขาวิชามานุษยวิทยา
ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิตติ ล้อมอภิชาติ. 2534. **ประสาทวิทยาพื้นฐาน.** กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภากการพิมพ์.

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง.2536. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย.สารศิริราช,45(6)
,359-374.

กาญจนา เกษกาญจน์. 2541. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา ศิริวราศัย .2536. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง กับการ
ปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2542. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย . วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด
ไทย , 24(2), 111-123.

ก้วน หนูขาว. 2534. โภชนศาสตร์. กรุงเทพฯ: อักษราพิพัฒนการพิมพ์.

จินดา ม่วงแก่น . 2550. โครงการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ด้วยการแพทย์แผนไทย . วารสาร
พยาบาล , ปีที่ 10 ฉบับที่ 4.

จินดา สมณี. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำ วันของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการ การสนับสนุนทาง
สังคมของผู้ดูแลที่บ้าน . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์ .2547. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เจียมจิต แสงสุวรรณ .2541. รายงานการวิจัย : การศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรม
ทั่วไประหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์. ปีที่ 21 ฉบับที่ 2.

จันทร์เพ็ญ การิเวท. 2539. พยาบาลกับผู้ป่วยอัมพาต. ในฟาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ),
ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล . (หน้า 52-33). กรุงเทพมหานคร : สามเจริญ
พาณิชย์ .

ฉวีวรรณ แก้วพรม. 2530. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุน
ทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐ พสุธารชาติ. 2552. **Basic and Clinical Neuroscience 1**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. 2552. **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คุณฤ สุทธรปรียาศรี. 2539. **ภาวะโภชนาการเกิน**. ในเอกสารการสอนชุดวิชาโภชนศาสตร์ สาทรณสุข. หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ,40 - 50.
- ธัญญาภรณ์ คาวานพแก้ว. 2547. **ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลชุมชน บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธัญลักษณ์ โอปอ้อม. 2549. **ประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่**. วารสารวิจัยทางการพยาบาล: ปีที่ 10 ฉบับที่ 4.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. 2533. **คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D**. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21(1): 26-45.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. **หลักการวิจัยทางสาทรณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. 2543. **ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เชษฐชูเขาวลิต. 2541. **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1: หาดใหญ่ ชาญเมืองการพิมพ์.
- ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร. 2546. **ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก**. สารนิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548. **โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง : ปัญหาและแนวทางส่งเสริม**. วารสารคณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1.
- นงลักษณ์ ลิงแก้ว. 2544. **ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านข้างเคียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตร

- มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 นุกูล ตะบุลพงษ์, ช่อลัดดา พันธุเสนา และนิศยา ตากวิริยะนันท์. 2537. ภูมิหลังและปัญหาของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 14 (4). 1-13.
- นิจศรี ชาญณรงค์. 2549. **ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง**. สมองโอสถสภาภาษาไทย 118 : 30-31
- นิจศรี ชาญณรงค์. 2551. **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรนภา ตังหมาย. 2541. **การปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2547. **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ สำหรับแพทย์**. เล่มที่ 1.
 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพ.
- นัยนา เมธา .2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของ
 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
 โภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพฯ ฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง วรรณสุด. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ :
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประณีต ผ่องแผ้ว. 2539. **ปัญหาโภชนาการในชุมชนในโภชนศาสตร์ชุมชน**. กรุงเทพมหานคร: ลิฟ
 ว์ิงทรานส์มีเดีย.
- ประกัสสร สมศรี .2549. **ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศกามาศ อ่อนขาว. 2553. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด
 แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
 วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรภัทร ลิขิตชนสมบัติ .2547. **ประสาทวิทยาพื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .

- พรหมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์ . 2548. **แนวทางการลดน้ำหนักเพื่อการมีสุขภาพดี** .วารสาร ศูนย์บริการวิชาการ ,3, 10-17.
- พวงน้อย อรุณ. 2536. **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก** .วารสารจิตวิทยาทางคลินิก , 24(1), 46-53.
- พิเชษฐ เรืองสุขสุด.2544. **สิ่งเร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษา โดยการให้อินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชราภรณ์ อารีย์, ลออ ตันติศิริินทร์, นิลพรรณ รัตนคิดกพานิชย์, ศักดา พริงลำภู, และ พันทิพย์ จอมศรี. 2542. **ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของเด็กนักเรียน**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรี ยุติธรรม .2539. **พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวชนบทภาคเหนือ**. เชียงใหม่: บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. 2531. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. 2540. **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาค ตะวันตก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. 2549. **พัฒนาการมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์ .2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มงคล กริชติทายาวุธ. 2550. **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพฯ.
- มลฤดี บุราณ.2548. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2541. **โภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 1 – 7**. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ ; โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ยุพาพร โอพาริกพันธุ์ .2541. ผลของกลุ่มประคับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสตรีค
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาน. 2539. **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย** .รามาศิปดีเวชสาร ,
 20(1), 41-46.
- รจน์ เฟ็งแก้ว.2551. **การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพระ
 จอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี** . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
 พยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
 2548. **การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
 บริษัท อัดตรา พรินติ้ง จำกัด.
- เรณู กาวิละ. 2537. **ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการ
 ตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่** . วิทยานิพนธ์ศึกษา
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนก ทองน้ำวน. 2549. **ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลกระทู้ม
 แบน จังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาการ
 สังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิวา มุกดาสนธิ .2547. **ผลการให้โภชนศึกษาต่อการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพของ
 ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่**.วิทยานิพนธ์
 มหบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนภา ป็องเกียรติชัย . 2542. **การศึกษการได้รับสารอาหารของนักเรียนมัธยมปลายใน
 กรุงเทพมหานครโดยใช้แบบสอบถามความถี่ของอาหารบริโภคอาหารกึ่งปริมาณ**.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดา จามพัฒน์. 2548. **ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** .
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารภรณ์ ท้าวราช. 2553. ความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องภายในของแบบประเมินภาวะกลืนลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง . วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี ตีรณวัฒนากุล .2526. การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายอาสรีเนียรกาวีสหลัง จาก ที่ได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิกประสาทวิทยาโรงพยาบาลรามาริปดี . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา สุขกันต์. 2546. การจัดการเกี่ยวกับการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง . สถาบันประสาทวิทยา(เอกสารอัดสำเนา).
- วินธนา กุศิริสิน. 2545. การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช . 2552. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร . พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : N P Press Limited Partnership.
- วินัส ธิพกุล. 2545. โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข.2547. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- ศิริญา พลสิงห์ชาญ .2541. การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (Lifespan Human Development). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และวรรณ นิธิยานันท์. 2548. อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), โรคเบาหวาน กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมจิตต์ สิ้นธุชย์. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายทิพย์ จำพวงษ์. 2550. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สายลม ภาณุมาศมณฑล . 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริรัตน์ สรรพสวัสดิ์กุล. 2539. การให้อาหารทางสายให้อาหาร. นิตยสารโรงพยาบาลกลาง, 33 (2), 120 – 133.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. 2550. **Neuropsychiatric Aspects of Stroke**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุคนธ์ นุปผา.2541. การเปรียบเทียบความถูกต้องของแบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณกับการสัมภาษณ์อาหารบริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วัน ในการประเมินสารอาหารที่ได้รับของผู้สูง อายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย มหิดล.
- สุชา จันทน์เอม. 2544. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- สุชาดา กาสีวงศ์ .2545. การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ .2537. **ทฤษฎีการปรับตัวของรอย : แนวคิดและการนำไปใช้**. ขอนแก่น ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (อ๊ดสำเนา).
- สุธีรา ตั้งตระกูล. 2537. **แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรค** . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุภัค เพ็ชรนิล. 2550. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงานตำบลเชิงกาด อำเภอ บางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนตรา นิมนันท์. 2537. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของ นักเรียน โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เขตเมืองเชียงใหม่ . วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรัตน์ โคมินทร์. 2545. **Nutrition support team in clinical nutrition.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พุ่มทอง
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. 2532. **หลักโภชนาการปัจจุบัน.** กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- โสพลินี เหมรุ่งเรือง. 2550. **Neurocognitive Aspects of Stroke.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรื่องตระกูล. 2552. **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อุบล นวัตกรรม. 2527. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อำไพรัตน์ กลิ่นขจร. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกขาหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาษาอังกฤษ

- Alexander, M.F., Fawcett, J.M., & Runceiman, P.J. 1994. **Nursing patient with special needs.** London : Medical Division of Longman group U.K.
- Alison Clarke-Stewart, Marion Perlmutter, Susan Friedman. 1988. **Lifelong human development.** New York : John Wiley.
- Anderson, C.S., & Stewart-Wynne, E.G. 1995. **A population – based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors.** Stroke, 26 (5),843-849.
- Anderson, T.P. 1981. Principle of rehabilitation : Cerebrovascular accident. In S.D. Anderson & E.E. Bauwens (Eds.), **Chronic health problem : Concepts and application.**(pp. 135). St. Louis : The C.V. Mosby Company.

- Andreason, N.C. & Norris, A.C.1972. **Long Term Adjustment and adaptation mechanism in severely burned adult.** Journal of Nervous and Mental Disease. 154: 352-362.
- Anne M. Chang. 1998. **State Self- Esteem Follwing Stroke.** Stroke; 29: 2325-2328.
- Astrom M., Asplund K., Astrom T. 1992. **Psychosocial function and life satisfaction after stroke.** Stroke , 23, 527-531.
- Atulabh Vajpayee, Jayantee Kalita, Usha Kant Misra. 2008. **Nutritional deficiency in stroke patients results in poor outcome.** Spenjournal Volume 3, Issue 4, Pages 142-146.
- Axelsson K, Asplund K, Norberg A, Alafuzoff I. 1998. **Nutritional status in patients with acute stroke.** Ada Med Scand ; 224: 217-24.
- Barbara Hicks. 2004. **Stroke Recovery Stages.** Brain injury association of New Jersey.
- Beeber, L.S. 1998. Testing depression though the therapeutic client relationship.
Nursing Clinic of North America 33(1): 153-172.
- Bhumibol Adulayadej Hospital Nutrition Triage.2010. **แนวทางการวินิจฉัยภาวะ malnutrition และคู่มือการใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT.** เอกสารประกอบการประชุม ราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์.
- Cairella G, Scalfi L, et al. 2004. **Nutrition management of stroke patients.** Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed. Enterale 22(4) 205-226.
- Caine, R.M. and Bufalino, P.M. 1998. **Critical adult: Nursing care planning guides.** Baltimore Williams & Wilkins.
- Crain, William. 2005. **Theories of development: concepts and applications / William Crain.** 5th ed Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.
- Crary MA, Carnaby-Mann GD, Miller L, Antonios N, Silliman S.2006. **Dysphagia and nutrition ststus at the time of hospital admission for ischemic stroke.** J Stroke Cerebrovasc Disease; 15:164-171.
- Chai J. 2008. **Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary.** Singapore Med 49(4) 290-295.
- Chen Ya Huang. 2007. **Nutrition and stroke.** Asia Pac J Clin Nutrition; 16: 266-274.
- Davalos A, Ricart W, Gonzalez-Huix F, Soler S, Marrugat J, Molins A, et al.1996. **Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome.** Stroke 27: 1028-1032.

- Delaney G, Potter P.1993. **Disability post stroke: Long-Term Consequences of Stroke.** Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews,Hanley & Belfus Inc., Philadelphia;7(20):27-42.
- Durnin, J. & Womersley, J. 1974. **Body fat assessed form total body density and its estimation from skin fold thickness: on 481 men and women ages from 16-72 years.** British Journal Nutrition, 32, 44-96.
- Eleanor N. et,al. 2001.**Nutrition for Health and Health Care.** 2ndedition. United States of Amarica: Impact Publications.
- Ellul, J., et al. 2002. **Detection and management of swallowing problems in acute stroke: Preliminary evaluation of a dysphagia management policy** (Online). Avaliable: <http://www.ncl.ac.uk/stroke-Research-unit/costar/pap D2.doc>(2010, November 4).
- Evans A, Harraf F, Donaldson N, et al .2002. **Randommized controlled study of stroke unit care versus stroke term care in different stroke subtypes.** Stroke 33: 449-445.
- Finestone HM. 1995.**Malnutrition in stroke patents on the rehabilitation sevice and at follow up prevalence and predictors.** Arch Phys Med Rehabil ; 76: 310-316.
- Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR.1977. **Mood disorder as specific complication of stroke.** Journal Neurosurg Psychiat 40: 1018-1020.
- FOOD Trial Collaboration. 2003. **Poor nutrition status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial.** Stroke; 1450-1456.
- Gagliardi, B. A. 2003. **Experiences of sexuality for individuals living with multiple sclerosis.** Journal of Clinical Nursing; 12: 517-578.
- Ganballa SE, Parker SG, Taub N, Castleden CM. 1998. **Influence of nutritional status on clinical outcome after stroke.** Am Clm Nutr; 68: 275-81.
- Gariballa SE, Sinclair AJ. 1998. **Assessment and treatment of nutritional status in stroke patients.** Med Journal ;74:395-399.
- Gary Friday, Milton Alter and Sue-Min Lai. 2002. **Control of Hypertension and Risk of Stroke Recurrence.** Journal of the American Heart Association ;33;2652-2657.
- Grant,J.S.,& Bean, C.A.1988. **Stress: An analysis and application to rehabilitation nursing.** Rehabilitation Nursing, 13(4), 181-185.

- Gauwitz, D.F. (1995). How to protect the dysphagic stroke patient. **American Journal of Nursing, 95** (7), 34-58.
- Greist, J., and Jefferson, J.W. 1992. **Depress and its treatment**. Washington D.C.: American psychiatric press.
- Hafstiendo' ttr, T.B.& Grypdonk,M. 1997. **Being a stroke patients : A review of the literature**. Journal of Advance Nursing, 13(4), 181-185.
- Harold Adams, Robert Adams, Gregory Del Zoppo, Larry B. Goldstein. 2005. **Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke 2005 Guidelines Update A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association**. Stroke ahajournal ;36: 916-923.
- Hayes, M.K. (1991). **A preventive approach to stroke**. Nursing Clinics of NorthAmerica, 26, 931-940
- Hillel M. Finestone, Linda S. Greene- Finestone, Elizabeth S. Wilson, Robert W. Teasell. 1995. **Malnutrition in Stroke Patient on the Rehabilitation Service and at Follow-Up: Prevent and Predictors**. Arch Phys Med Rehabilitation; Vol 76: 310-315.
- I-Min Lee, Charles H. Hennekens, Klaus Berger, Julie E. Buring and JoAnn E. Manson. 1999. **Exercise and Risk of Stroke in Male Physicians**. Journal of American Stroke Association ;30:1-6.
- Kall, V.R., and C.J. Cavanaugh. 1996. **Human Development**. California : Brooks/Cole Publishing Company.
- Karin J.M. McCoy.2006. **Even a minor stroke might lead to stress and anxiety**. journal of the American Academy of Neurology. Volume 16.
- Kean M.R., Houghton P. 2005. **The Role of function in the development of human craniofacial from a perspective**. The Anatomical Record; Volume 218: 107-110.
- Kottket, F.J. 1982. **Philosophic Consideration of Quality of Lift for the disabled**. Arch. Phys. Med. Rehabil. 63: 60-62.
- James P. Davis, Andrew A. Wong, Philip J. Schluter, Robert D. Henderson, John D.2004. **Impact of Premorbid Undernutrition on Outcome in Stroke Patients**. Stroke ahajournal;35;1930-1934.

- John W. Norris.2008. **The Ideal Antiplatelet Drug for Stroke Prevention--Still Elusive.**
Journal of American Stroke Association ;39;1076-1077.
- Lin Perry. 2003. **Nutrition support in acute stroke : the impact of evidence-based guidelines.**
Clinical nutrition UK. 22(3) : 283-293.
- Lin Perry&Susan McLaren. 2003.**Implementing evidence-based guidelines for nutrition support in acute stroke.** Evidence Based Nursing. Issue 6:68-71.
- Lisa Ha, Truls Hauge, Per Ole Iversen.2010. **Body composition in older acute stroke patients after treatment with individualized, nutritional supplementation while in hospital.** BMC Geriatric , 10:75.
- Langdon, P.C., Lee, A.H., Binns, C.W. 2006. **Dysphagia in acute ischemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype.** Journal of Clinical Neuroscience 14 : 630-634.
- Lotus-Shyu, Y.2000. **Role tuning between caregiver and care reciver during discharge transition: An illustration of role function mode in Roy adaptation theory.**
Nursing Science Quarterly; 13: 323-331.
- Louis R. Caplan. 2006. **STROKE.** Demos Medical Publishing: 56-57.
- Marc, F. 1995. **Stroke Therapy.** Boston: Butterworth-Heineman.
- Martineau J, Bauer JD, Isenring E, Cohen S. 2005. **Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patient.** Clin Nutrition journal: 1073-1077.
- McLaren A. 1997. **Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke.** Journal of Advanced Nursing. Volume 35. Issue 3: 416-426.
- Martin Dennis. 2000. **Nutrition after stroke.** British Medical Bulletin, 56 (No 2) 466-475.
- Michael J. Gibney,Marinos Elia. 2005. **Clinical Nutrition.** Wiley-Blackwell Publishing.
- Mill, R.C. & Woo, D. 1999. **Stroke: Current concept of care.** Geriatric Nursing.20 (2), 66- 69.
- Muro, M. J., de Pedro-Cuesta, J., Almazan, J., & Holmqvist, W. 2000. **Stroke patients in South Madrid : Function and motor recovery, resource, and family support.**
Stroke, 31, 1352-1359.

- Neeraj Badjatia, Mitchell S. V. Elkind.2008. **Nutritional Support After Ischemic Stroke.**
Arch Neurol; 65(1):15-16.
- Norine C. 2009. **A Review of the Relationship Between Dysphagia and Malnutrition Following Stroke.** Foundation of Rehabilitation Information. 707-713.
- Onega, L.L., and Abraham, L.L. 1998. Differentiated nursing assessment of depressive symptoms in community dwelling elders. **Nursing Clinic of North America** 33(3): 407-417.
- Orr .1979. **Family Law - Supreme Court Drama: Cases T hat Changed America** . Volume 2: Criminal Justice and Family Law .
- Phipps, A.M. 1991. **Assessment of neurological deficits in stroke : Acute care and rehabilitations implication.** Nursing Clinics of North America, 26 (4), 957-970.
- Rachael J. Pohle-Krauza, Juan L. Navia, Elizabeth Y.M. Madore, Jessica E. Nyrop. **Effects of l-phenylalanine on energy intake in overweight and obese women: Interactions with dietary restraint status.** Appetite, Volume 51, Issue 1, July 2008, Pages 111-119.
- Rankin, H.H. 1992. **Psychosocial adjustments of coronary artery disease patients and their spouse : Nursing implications.** Nursing Clinics of North America. 27: 271-282.
- Robert G. Robinson, Thomas R. Price. 2010. **Post-Stroke Depressive Disorders: A Follow-up Study of 103 Patients.** Journal of the American Stroke Association ;Vol. 13, No 5: 635-641.
- Roy , S.C. 1999. **Introduction to Nursing : An Adaptation Model.** New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Roy, C.,A Andrews, E.H.(1999). **The Roy Adaptation Model.** 2nd ed. Stamford : Appleton&Lange.
- Papalia, Diane E., Olds, Sally Wendkos. 1995. **Developmental psychology; Developmental psychobiology.** 6th edition: McGraw-Hill; New York.
- Periard , M.E. and Ames, B.D. 1993. **Lifestyle changes and coping Pattern Among Caregivers of stroke survivors.** Public Health Nursing. (10) : 252-256.
- Salah Gariballa. 2004. **Nutrition and Stroke: Prevention and Treatment.** Wiley-Blackwell Publishing.

- Sandin, K.B. Cifu., D.X.&Noll, S.F. 1994. **Stroke rehabilitation: psychological and social implication.** Archieve of Physical Medicine Rehabilitation, 75(5), 52-53.
- Servonsky, J. 1991. Nutrition. In Sr. C. Roy and H.A. Andrews (Eds.). **The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement.** Connecticut : Appleton & Lange.
- Srinivasan M., Roffe C. 2010. **Nutritional status after acute stroke: Is a stroke unit better than a general geriatric ward?.** The Journal of Nutrition, Health & Aging. Volume 14
- Suiter DM, Leder SB. **Clinical utility of the 3- ounce water swallow test .** Dysphagia.2007.
- Susan Harril. 2003. **Self-Esteem.** Stroke Connection; Houston, Texas.
- Sylvia Escott Stump.2008. **Nutrition and diagnosis –related care.** Nutritional Journal ; 242-243.
- Thomas A. Glass. 1993. **Impact of Social Support on Outcome in First Stroke.** Stroke ahajournals; 24: 64-70.
- Thomas Truelsen, Naja Nielsen, Gudrun Boysen and Morten Grønbaek. 2003. **Self-Reported Stress and Risk of Stroke: The Copenhagen City Heart Study.** Journal of American Stroke Association ;34;856-862.
- Tiwaporn Maneerattanasupore. 2008. **Effect of Dietary Counselling on Eating Behavior in Ischemic Stroke Patients.** The degree of master of science (Food and Nutrition for Development) Mahidol University.
- Trapl. M,et.al. **Dysphagia bedside screening for acute stroke patient the gugging swallowing screen.** Stroke. 2007.
- Unosson M, Ek AC, Bjurulf P, von Schenck H & Larsson J .1994.**Feeding dependence and nutritional status after acute stroke.** Stroke journal Vol.25, 366–371.
- Watt, S, Robert., Browne, G., Gafni, A.1997. **Age , Adjustment: a study of chronic illness .** Social Science Medicine.(10), 483-490.
- WHO. 2007. **อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง.** เข้าถึงเมื่อ16 พฤศจิกายน 2553. เข้าถึงได้จาก <http://june13ja.spaces.live.com>.
- Westergren A, Karlsson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR. 2001.**Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation.** J Clin Nurs ; 10: 257-269.

- Whisman, M. A. 2001. Marital adjustment and outcome following treatments for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 69: 125-129.
- Wolf, PA et al. 1998. **Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham study.** JAMA, 259, 1025-1029.
- Wolf, PA et al. 1991. **Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study.** JAMA, 22, 983-988.
- Yoshida M, et.al. **Decreased tongue pressure reflects symptom of dysphagia.** Dysphagia. 2006;2161-5

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ อาจารย์ประจำสาขาประสาทวิทยา ภาควิชา

อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.วันทนี เกียรติสินยศ หัวหน้าฝ่ายมนุษยโชนนาการ สถาบัน

โชนนาการ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ประภาพร จินันทุยา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาขาการพยาบาล

ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

นางสุภาพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นางกุลวดี บุญทรัพย์ากร นักโชนนาการ

8 ฝ่ายโชนนาวิทยาและโชนนบำบัด

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/156๒

วันที่ ๖ | กรกฎาคม 2554

เรื่อง4 ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission form 4 ชุด
 2. Self-Assesment form 4 ชุด
 3. Information sheet for research participant 4 ชุด
 4. Informed consent form 4 ชุด
 5. Full Protocol 4 ชุด
 6. Principal investigator's CV 4 ชุด
 7. Questionnaire 4 ชุด
 8. Conflict of interest and funding form 4 ชุด
 9. Approval document from thesis committee/advisor 1 ชุด
 10. Electronic files of all above document จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจรรยาพร วงศ์ขจิต นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี ประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรยาพร วงศ์ขจิต เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาวจรรยาพร วงศ์ขจิต โทร 08-1808-1468

ที่ ศษ 0512.11/1590



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒) กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้มีสิทธิเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 3 ชุด
 2. แผ่น CD ไฟล์โครงร่างวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 แผ่น
 3. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองจริยธรรมที่เสนอคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 3 ชุด
 4. แบบฟอร์มข้อคัดค้านและยื่นขอการส่งรายงานการศึกษา / วิจัย ในโรงพยาบาลราชวิถี
 5. แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ จำนวน 3 ชุด
 6. แบบฟอร์มคำยินยอมจากแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

เนื่องด้วย นางสาวอรุณพร วงศ์ขจิต นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม
บริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี อาจารย์ ดร. ฐิระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการคัด
กรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความ
อนุเคราะห์ให้มีสิทธิดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มพิษชาและเพศหญิงที่มา
รับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมอง
ตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรุณพร วงศ์ขจิต เสนอโครงการวิจัยเพื่อ
ขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. ฐิระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวอรุณพร วงศ์ขจิต โทร 08-1808-1468

ที่ ศร 0512.11/ 2216



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕.4 พฤศจิกายน 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวจรรยา วงศ์ขจิต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นานีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษานในคลินิกอายุรกรรมประสาทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน - 1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 30 - 60 ปี โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทางคลินิกการกิน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินสันทนาการในครอบครัวผู้ป่วย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

ซึ่งเวียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวจรรยา วงศ์ขจิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. รุ่งระวี นานีเจริญ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นานีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อหนังสือ

นางสาวจรรยา วงศ์ขจิต โทร 08-1808-1468

ที่ ศร 0512.11/ 1585



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕) กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขอสอนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้นิติศาสตร์รวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะนิติศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 2 ชุด 2. ประวัติผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง 2 ชุด
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม
การวิจัย 2 ชุด 4. โครงการวิจัยเป็น Electronic file 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจรรยา วงศ์จิด นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ในกรณี ประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการคัด
กรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกติกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความ
อนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มา
รับการรักษานอกคลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหลอดเลือด
สมองตีบหรืออุดตันมานาน 1 เดือน-1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรยา วงศ์จิด เสนอโครงการวิจัยเพื่อ
ขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิติ

นางสาวจรรยา วงศ์จิด โทร 08-1808-1468

ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย



COA No. 657/2011
IRB No. 340/54

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR IN STROKE PATIENTS

Study Code : -


Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Principal Investigator : Miss Charuayporn Wongkachit

Review Method : Full board

Document Reviewed :

1. Protocol Version 2.0 Dated 18 September 2011
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Dated 18 September 2011
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Dated 18 September 2011
4. Informed Consent Form Version 1.0 Dated 11 July 2011
5. Questionnaire Version 2.0 Dated 18 September 2011

Signature: 
(Emeritus Professor Tada Sueblipwong MD)
Chairperson
The Institutional Review Board

Signature: 
(Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)
Member and Assistant Secretary, Acting
Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : October 6, 2011

Approval Expire Date : October 5, 2012

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 657/2011
IRB No. 340/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 อ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานใช้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปีวิจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่โครงการวิจัย : -
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจรรยาพร วงศ์จิตร
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยะพจน : คณะกรรมการเดิมชุด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 18 September 2011
2. โครงการวิจัยฉบับแก้ไข Version 2.0 Dated 18 September 2011
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 18 September 2011
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 11 July 2011
5. แบบสอบถาม Version 2.0 Dated 18 September 2011

ลงนาม ดร. สุวิมล วัชชรวิทย์
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทยศาสตราจารย์ สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ดร. อรุณ วัชชรวิทย์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิศิษฐ์ วสุวิวัฒน์)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 6 ตุลาคม 2554
วันหมดอายุ : 5 ตุลาคม 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านล่างทุกข้อ (ดูที่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ที่ จพ.รค. ๒๖๓ / 2555



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ยินดีให้หนังสือเข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศช 0512.11 / 2219 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2554

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวอรวรรณ วงศ์ขจิต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้จัดทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง " และในการนี้ ได้ขออนุญาตเข้ามาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยเอกแบบสอบถาม ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดยกรุณาติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายอาชีวศาสตร์ 02-256-4642 , ฝ่ายผู้ป่วยนอก 02-256-5005 , ฝ่ายการพยาบาล 02-256-4360 ในวันและเวลาราชการ อนึ่ง ก่อนเข้าพบบุคคลดังกล่าวขอให้นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ฝ่ายเลขานุการ ตึกอำนวยการ ชั้นล่าง ห้องหมายเลข 3

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มงานร่างโต้ตอบเอกสาร ฝ่ายเลขานุการ
โทรศัพท์ : 0-2256-4312 / โทรสาร : 0-2256-4368



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 53319
เอกสารเลขที่ 123 /2554

ชื่อโครงการ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”

(ภาษาอังกฤษ) “FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR IN STROKE PATIENTS”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาว จรรยาพร วงศ์จิด
ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทบัณฑิต
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โตรงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2554
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2554
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2554
4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2554

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็น
ระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556



ลงนาม [Signature]
(รศ.ศนิติก นพ.อุคม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม [Signature]
(นางวราณี จินรัตน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองไม่มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ Q013h54_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
[FACTORS RELATED TO EATING BEHAVIOR IN STROKE PATIENTS.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาว จรรยา วงศ์รังษิ


สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


- เอกสารรับรอง :
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยครั้งแรก
 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม
 4. แบบประเมิน
 5. แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วันที่อนุมัติให้ทำการวิจัย : 16 สิงหาคม 2554

วันสิ้นสุดการรับรอง : 15 สิงหาคม 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จฯ
และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก


.....
พันเอกหญิง เขาวงกต รัตพันธ์
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พ.บ.


.....
พันเอกสทท ยอนินต์ ภาวะเจริญ
เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พ.บ.

ภาคผนวก ง
ตารางข้อมูลเพิ่มเติม

ชุดที่ 2 แบบประเมินการกลืนทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงลงในช่องคำตอบแต่ละข้อ (ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการประเมินเอง)

การประเมินทางคลินิกของการกลืน	ปกติ	ผิดปกติ
1. การประเมิน gag reflex โดยให้ผู้ป่วยอ้าปากให้เห็นคอหอย ใช้ไม้กดบริเวณโคนลิ้น ถ้าผู้ป่วยขย้อนแสดงว่ามี gag reflex		
2. การประเมิน Swallowing reflex ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย โดยผู้ตรวจใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางแตะบริเวณ Thyroid ถ้ามีการเคลื่อนขึ้นลงผ่านนิ้วมือ แสดงว่ามี Swallowing reflex		
.		
.		
.		
.		
.		
.		

ชุดที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกของคุณในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

- ไม่เลย** หมายถึง คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
- นานๆครั้ง** หมายถึง คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
- ค่อนข้างบ่อย** หมายถึง คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
- บ่อยครั้ง** หมายถึง คุณมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย	นานๆครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดความ หม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนใน ครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
4. ท่านมีความดีเท่าๆกับคนอื่น				
5. ท่านรู้สึกลำบากในการมีสมาธิเพื่อทำสิ่งใด สิ่งหนึ่ง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต				

ชุดที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านที่มีต่อครอบครัว

คำตอบไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นอยู่เสมอหรือเป็นประจำ
มาก	แสดงว่า	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นบ่อยๆ
ปานกลาง	แสดงว่า	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	แสดงว่า	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	แสดงว่า	ผู้ตอบไม่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตามข้อความนั้น

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน					
2. ท่านได้รับการปลอบใจ และให้กำลังใจเป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว					
3. ท่านวางใจว่า สมาชิกในครอบครัวจะดูแลท่านขณะเจ็บป่วยไร้ความสามารถ					
4. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินอย่างเพียงพอ					
5. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวยอมรับและเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยของท่าน					
.					
.					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ่านข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแล้วตอบตามสภาพความเป็นจริง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

- 2 รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร (เช่นตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ)
- 0 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องป้อนอาหารให้หรือให้อาหารทางสายยาง

2. ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่งไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง

- 2 เคลื่อนย้ายได้เองทั้งหมด สามารถทรงตัวได้
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายและนั่งทรงตัวได้

3. ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เช่นล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด

- 2 ทำเองได้ทั้งหมด
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบางขั้นตอน
- 0 ทำไม่ได้เลย

4. ความสามารถในการใช้ห้องสุขาของผู้ป่วย

- 2 สามารถนั่งส้วมและลุกได้เอง ถอดและใส่เสื้อผ้าได้เอง รวมทั้งการล้างและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการเข้าออกห้องสุขา การถอดใส่เสื้อผ้า การสอดดิ่งกระโถน การล้างและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย
- 0 ช่วยตนเองในเรื่องการใช้ห้องสุขาและการขับถ่ายไม่ได้เลย

.
. .
. .
. .
. .
. .
. .

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมายในช่องว่างที่กำหนดให้ โดยใช้เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ที่ตรงกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของท่าน ซึ่งแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์การเลือกตอบคือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารนั้นๆ เลย
- ปฏิบัติหลายๆครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 1-3 วันใน 1 เดือน
- ปฏิบัติค่อนข้างน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้นประมาณ 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ หลายๆครั้ง	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ เป็นประจำ
หมวดข้าว – แป้ง- น้ำตาล					
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้งแปรรูป เช่น ขนมจิ้น ก๋วยเตี๋ยว โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ					
2. ท่านรับประทานข้าวกล้องเป็นประจำ					
.					
.					
หมวดเนื้อสัตว์					
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทำเค็มแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง					
6. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น อกไก่ย่าง ปลานึ่ง					
.					
.					

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ไม่เคยปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ เป็นประจำ
หมวดผักผลไม้					
11. ท่านรับประทานผักใบชนิดต่างๆ เช่น ผักกาดขาว ผักบุ้ง กะหล่ำปลี					
12. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล					
.					
.					
หมวดไขมัน					
18. ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร					
19. ท่านใช้น้ำมันถั่วเหลือง(น้ำมันพืช)ในการประกอบ อาหาร					
.					
.					
หมวดเครื่องดื่ม					
24. ท่านดื่มสุรา					
25. ท่านดื่มชา กาแฟ					
.					
.					
หมวดเครื่องปรุงรส					
29. ท่านใช้เครื่องปรุงรสเหล่านี้ในการปรุงอาหารโดย ไม่คำนึงถึงปริมาณ ได้แก่ เกลือ ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสถั่วเหลือง ซอสหอยนางรม ซุปก้อน ซุปผง ผงปรุง รสสำหรับตกแต่งรสต่างๆ เช่น รสไก่ รสหมู					
.					
.					

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวจรรยาพร วงศ์ขจิต เกิดวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2520 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษา ระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2543 ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2552-2554 ประสบการณ์ทำงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2547 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน