

ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF REHABILITATION NURSING CARE FOCUSING ON COGNITIVE FUNCTION
PROGRAM ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG ISCHEMIC STROKE PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
โดย	น.ส.สุจิตตรา สาขำนาญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาวัักษ์)	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุจิตตรา สาขานาญ : ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อ
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. (THE EFFECT
 OF REHABILITATION NURSING CARE FOCUSING ON COGNITIVE FUNCTION PROGRAM
 ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG ISCHEMIC STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก :
 ผศ. ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติ
 กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 48 คน
 ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 คน จับคู่ให้
 มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ และอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับ
 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม
 ข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และเครื่องมือกำกับการ
 ทดลองคือ สมุดบันทึกประจำวัน การฝึกปฏิบัติการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค .87
 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ t - test

ผลการวิจัยพบว่า

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วม
 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง
 กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .05 ($t = 29.44$, $df = 23$, $p = .000$) และจากการวิเคราะห์รายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการสื่อสารและ
 ด้านการรับรู้ทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.29$, $df = 46$, $p = .02$;
 $t = 7.00$, $df = 46$, $p = .00$)

2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลุ่ม
 ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.28$, $df = 46$, $p = .000$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077329036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: REHABILITATION, NURSING CARE, COGNITIVE FUNCTION PROGRAM, ACTIVITY,
DAILY LIVING, ISCHEMIC STROKE PATIENT

Sujittra Sachamnan : THE EFFECT OF REHABILITATION NURSING CARE FOCUSING ON
COGNITIVE FUNCTION PROGRAM ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG ISCHEMIC
STROKE PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pol.Capt RAPIN POLSOOK, Ph.D.

The purpose of a quasi-experimental, pre- and post-experimental, study was to determine the effect of rehabilitation nursing care focusing on cognitive function program on activities of daily living among ischemic stroke patients. The sample were 48 ischemic stroke patients who were recruited from inpatients at Wachira Hospital. The control group (n=24) and experimental group (n=24) were matched by gender and age. The control group received conventional care while the experimental group attended the six weeks of rehabilitation nursing care focusing on cognitive function program. The instruments for collecting data were the socio-demographic profile, functional independence measure to measure activities of daily living, and monitoring the daily practices of cognitive function by using a daily diary for recording daily cognitive function. Its Cronbach's Alpha Coefficient was at .87 . Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

1) The results revealed that the mean score of activities of daily living in ischemic stroke patients after attending the program was significantly higher than before attending the program ($t = 29.44$, $df = 23$, $p = .000$). The mean score of communication skill and social cognition domain of activities of daily living were significantly higher than before attending the program ($t = 2.29$, $df=46$, $p=.02$; $t=7.00$, $df 46,p=.00$)

2)The mean score of activities of daily living in experimental group who attended the program was significantly greater than the control group ($t = 5.28$, $df = 46$, $p = .000$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความยินดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้องและครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและเป็นแรงผลักดันให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต ผู้บังคับบัญชา ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

สุจิตตรา สาขานาญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ญ	ญ
สารบัญรูป.....ฎ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 4	4
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 4	4
สมมติฐานการวิจัย..... 7	7
ขอบเขตการวิจัย..... 7	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 9	9
บทที่ 2 เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 10	10
1. โรคหลอดเลือดสมอง..... 11	11
1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง..... 11	11
1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง..... 11	11
1.3 ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง..... 13	13
1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด..... 13	13

1.5 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด.....	15
1.6 พยาธิสรีรวิทยาของโรคสมองขาดเลือด	16
1.7 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
1.8 การวินิจฉัย.....	17
1.9 การรักษา	17
1.10 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย.....	19
1.11 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	22
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	23
2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	23
2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	24
2.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีหลายประเภท ดังนี้	27
2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	29
2.5 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	31
3. กระบวนการพยาบาล.....	31
3.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล	31
3.2 ความหมายของกระบวนการพยาบาล	31
3.3 องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล.....	32
3.4 ความสำคัญและความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาล.....	33
4. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด.....	35
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	54
วิธีการดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria).....	55

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria).....	55
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	55
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
กระบวนการดำเนินการทดลอง	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	84
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ.....	85
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้าน	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	89
สรุปผลการวิจัย.....	90
1. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1	90
2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2	94
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	95
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	95
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ภาคผนวก ข เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	110

ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล	167
ภาคผนวก ง เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	173
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	180
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	181
ประวัติผู้เขียน	194



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ.....	56
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมของสมอง การวินิจฉัย และระยะเวลาอนโรพยาบาล.....	81
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบก่อนและหลังทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 48) โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	84
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 48).....	85
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 48).....	86

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
รูปที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	79
รูปที่ 3 แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มควบคุม	182
รูปที่ 4 แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มทดลอง	183



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560; สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) เมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2559 - 2562 อัตราการตายเท่ากับ 48.1, 47.8, 47.1 และ 52.9 ตามลำดับกระทรวงสาธารณสุข(กระทรวงสาธารณสุข, 2562)จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่าปีพ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี และอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นและเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความพิการและความสูญเสียมากมาย(Sun, Tan, & Yu, 2014; Suwanwela, 2014)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่มีอาการอ่อนแรง แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง ขา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจ ผลตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ที่สมองพบว่ามีเส้นเลือดในสมองตีบตรงบริเวณหลอดเลือดแดงด้านซ้ายหรือขวาคือเส้นเลือดบริเวณ Middle cerebral artery (MCA) และ Anterior cerebral artery (ACA) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (WSO, 2020)ซึ่งการตีบของหลอดเลือดทั้ง 2 ตำแหน่งจะส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองบริเวณ Frontal, Temporal และ Parietal lobe ได้รับความเสียหายซึ่งเนื้อเยื่อสมองบริเวณดังกล่าว ทำหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับระบบประสาทสั่งการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก การสื่อความหมาย การควบคุมการปัสสาวะอุจจาระและเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ (Motor function) รวมถึงการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) และการรู้คิด(Cognitive) (นิจศรี ชาญณรงค์,2550) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาในระยะฟื้นฟู ทั้งด้านการเคลื่อนไหว (Motor function) การรับรู้ (Sensory) และการรู้คิด (Cognitive) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ และกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ (มนันชยา กองเมืองปัก, กรุณา ชูกิจ, และศรัณยา ไชยสีตะมณฑล, 2560)แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่(Adeoye et al., 2019; Powers et al., 2018; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) โดยพบว่าด้านการควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor deficit) ร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีกร้อยละ 88.0 การสูญเสียความรู้สึก (Sensory loss) ร้อยละ 65.0 - 94 .0 (กิ่งแก้ว ปาจารย์ ,2547)และการพร่องด้านการรู้คิดร้อยละ 65.3 (เบญจมาศ สุขสถิต และ ผดุงธรรม เทียงบูรณธรรม, 2560) โดยด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกจะได้รับการประเมินตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน และได้รับการฟื้นฟูเมื่ออาการคงที่ตั้งแต่ 24 - 28 ชั่วโมงภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) แต่ด้านการรู้คิด (Cognitive) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูภายหลังที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Skidmore et al., 2017; กิ่งแก้ว ปาจารย์,

2547; นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 29.0 (Arsic et al., 2015) 2) ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายร้อยละ 15.0 (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2560) 3) ไม่สามารถเปลี่ยนอิริยาบถร้อยละ 20.00 4) ไม่สามารถเคลื่อนที่ร้อยละ 8.94 5) ไม่สามารถสื่อความหมายได้ร้อยละ 10.42 และ 6) ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสังคมได้ร้อยละ 15.02 (S. Arsic et al., 2015) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีความพร่องในเรื่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด คิดเป็นร้อยละ 65.38 (เบญจมาศ สุขสถิตย์ และ ผดุงธรรม เทียงบูรณธรรม, 2560) ซึ่งการรู้คิดเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับผ่านช่องทางการรับรู้ต่างๆ การแปลความที่จะเชื่อมโยงไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจ การวางแผน การทำกิจกรรม การแก้ไขปัญหา และการแสดงออกทางพฤติกรรมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การวางแผนในการทำกิจวัตรประจำวัน (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ 2552)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ด้าน 18 กิจกรรม ด้านที่ 1 การดูแลตนเอง (Self-care) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การอาบน้ำ การแต่งตัวท่อนบน การแต่งกายท่อนล่าง การขับถ่ายด้วยตนเอง ด้านที่ 2 การควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) ประกอบด้วย การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ ด้านที่ 3 การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) ประกอบด้วย การเคลื่อนที่จากเตียงสู่รถเข็นหรือเก้าอี้ การไปห้องน้ำ การไปอาบน้ำ ด้านที่ 4 การเคลื่อนที่ (locomotion) ประกอบด้วย การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได ด้านที่ 5 การสื่อสาร (communication) ประกอบด้วย การเข้าใจด้านภาษา การแสดงออก ด้านที่ 6 การรับรู้ทางสังคม (social cognition) ประกอบด้วย การรับรู้และตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา และความจำ (คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา, 1983) (Uniform data System for Medical rehabilitaion 1987) นอกจากนี้ Barthel & Mahoney (1965) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรมคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน ส่วนสถาบันประสาทวิทยา (2554) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ด้าน 18 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การอาบน้ำ การแต่งตัวท่อนบน การแต่งตัวท่อนล่าง การขับถ่ายด้วยตนเอง การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ การเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็น การไปห้องน้ำ การไปอาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได การเข้าใจด้านภาษา การแสดงออก การรับรู้และตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา และความจำ (คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา, 1983)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ 1) อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความสามารถทำกิจวัตรประจำต่ำกว่าอายุน้อย เนื่องจากสมรรถภาพทางกายลดลง (Cordell et al., 2013; กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ($\beta=1.371$) 2) เพศ เพศชายมีความสามารถในการฟื้นฟูการทำกิจวัตรได้มากกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสภาพดีกว่าเพศหญิง (ภิญญา ต้อยดา, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ และ ทีศนีย์ รวีรกุล, 2560) จึงทำให้เพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง 3.93 เท่า 3) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมากส่งผลต่อระบบประสาทสั่งการรวมถึงความสามารถทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (สุจิตรา มหาสุข, 2557) 4) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตนาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ส่งผลต่อการฟื้นฟู ซึ่งการได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะ 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจะทำให้การฟื้นตัวดีขึ้น ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (Wade & Hower, 1987) 5) โรคประจำตัว ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 0.06 เท่าของผู้ไม่มีโรคประจำตัว (Gbiri et al., 2014) ($\beta=-2.698$) 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ปรับตัวและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวและการจัดการดูแลที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (ภิญญา ต้อยดา, พัชราพร เกิดมงคล และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อกุล, 2560; สมนึก สกุลหงส์โสภณ , สิรวิพรรณ อนันต์โชค และ กฤษณี โหลสกุล, 2554) 7) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ที่มีความพร้อมด้านการคิด ความจำ การรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา การระลึกได้ และการวางแผนจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (อวยพร จงสกุล, ศิริพร สีสันต์ และ กัญญา เลียนเครือ, 2563) โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมถึงการวางแผนการกลืนลดลง ($r=.581$) (Chiara Zucchell, 2014; นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549; ชนิดา ไวยสุตรา และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2561) 8) ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่า 0.14 เท่าของกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง มีการเจ็บปวด ข้อเวลาเคลื่อนไหว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ (ภิญญา ต้อยดา, พัชราพร เกิดมงคล และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อกุล, 2560; สมนึก สกุลหงส์โสภณ) ($\beta=1.913$) 9) การออกกำลังกาย (Chapman et al., 2015; Jeong et al., 2018) จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำให้เกิดการฟื้นฟูการรู้คิด ส่งผลให้วางแผนและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชคอาทิ และ อาทิตยา สุวรรณ 2558) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชัยภูมิ (อังคณา พรประไพ 2559) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549) ฝึก

การรู้คิดด้านการบริหารจัดการโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้สูงอายุ (Skidmore et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบวัยผู้ใหญ่ ส่วนการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ คือ พยาบาลประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและช่วยเหลือตามอาการ พยาบาลประสานงานกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาระหว่างการฟื้นฟู ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถวางแผนจัดลำดับความสำคัญต่างๆ และตัดสินใจในการดำเนินชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น (Mohd Zulkifly et al., 2016; สุกัญญา ทองบุผาและ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2561) ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แตกต่างกันหรือไม่
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้คงความสามารถของสมองในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติ ไม่เป็นภาระพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นใน

การศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาโดยทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธีการ ตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและซักประวัติ ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการ ประกอบการวางแผน การพยาบาล 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการ การประเมินตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิดส่งผลต่อการทำกิจวัตร ประจำวัน เพื่อให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย 3) การวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยวางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การ ปฏิบัติตัว การฟื้นฟู การสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน การสร้างสื่อวีดิทัศน์ 4) การปฏิบัติตามโปรแกรม ได้แก่ การบริหารสมอง 10 ท่า การให้มองภาพ การ ปิดตาตามกลืน การนับเงิน การแยกแยะร้อยลูกปัด การใช้โทรศัพท์ การนั่งสมาธิ การบันทึกอารมณ์ การวางแผนชีวิตประจำวัน และฝึกต่อภาพและการค้นหาคำผิด โดยกำหนดให้ฝึกแต่ละกิจกรรมและมีการ บันทึกเพื่อติดตามผลได้ 5) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามประเมินโดยติดตามด้วยการโทร สอบถามอาการผู้ป่วยที่บ้าน 3 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของนางนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) ผลของโปรแกรมการฟื้นฟู สภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ใช้ระยะเวลา 30 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) และ

รักฤทัย คันธี ,จัญญา ปัญญา และ พิรยา มั่นเขตวิทย์ (2559) ได้ศึกษาโปรแกรมฝึก ความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ใช้ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถพัฒนาด้านความคิดความ เข้าใจและการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p =.05$) สอดคล้องกับการศึกษา ของสิทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตย์ สุวรรณ (2559) ที่ศึกษาโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมใช้ระยะ 6 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม นอกจากนี้ Zucchella (2014) ศึกษาการให้การฟื้นฟูการรู้คิดต่อความสามารถของการรู้คิด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน โดยใช้ระยะเวลาการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผล การศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการฟื้นตัวของทักษะการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p =.05$) และการศึกษาของ ภูเบศร์ นภัทรพิทยธร(2559) ศึกษาโปรแกรมการ ออกกำลังกายแบบนิวโรบิคต่อการรู้คิดและซีรัมบีเอ็นเอฟในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติและบกพร่อง เล็กน้อย ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของการรู้คิดสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p =.05$)

ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน มาใช้ในการพัฒนา โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (Zucchella et al, 2014; รักรุทัย คันที, 2559) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมอง เกิดการงอกของเซลล์ประสาทเปลี่ยนโครงสร้างเกิดการส่งกระแสประสาททำให้การทำงานของระบบประสาทประสานงานกันได้อย่างดี ส่งผลต่อการรู้คิดได้เร็วขึ้น (Chapman et al., 2015) โดยสามารถจัดกิจกรรมได้ดังนี้ 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและซักประวัติประเมินอาการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิดและการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับใด และกำหนดเป็นปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วย กำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา เตรียมสื่อ วัสดุทัศน การจัดทำคู่มือในการบันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟู วางแผนเป้าหมายระยะสั้นในการปฏิบัติ 3) การวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยการวางแผนให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู การสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด รวมถึงเตรียมแผนการสอน

4) การปฏิบัติการสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ การอธิบายเกี่ยวกับปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด การปฏิบัติตามโปรแกรม ได้แก่ การบริหารสมอง 10 ท่าทำให้สมองส่วน corpus collosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดสมองต่อการรับรู้ให้มากขึ้น ส่งผลทำให้การรู้คิดดีขึ้นสมองก็จะมีสารที่เรียกว่า นิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ที่เปรียบเหมือน "อาหารสมอง" ที่ทำให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ "เดนไดรต์" (Dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เนื้อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรงและเมื่อเซลล์สมองแข็งแรง จะเกิดผ่อนคลายเป็นสุข เกิดการรู้คิดเกิดความรู้ความจำและสามารถวางแผนในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ส่วนการมองภาพ จะทำให้การทำงานของสมองส่วนท้ายทอย occipital เชื่อมกลุ่มเซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ ส่งผลให้จำได้ดี การปิดตาตามกลืน cell รับกลิ่นทำให้เกิดกระแสประสาทส่งผ่านเส้นประสาทรับกลิ่น (olfactory nerve) ไปสมองที่เรียกว่า olfactory bulb ส่งกระแสประสาทไปแยกแยะกลิ่นที่ Hippocampus ทำให้สมองมีความจำดีขึ้น การนับเงิน การแยกแยะร้อยลูกปัด การใช้โทรศัพท์ การบริหารการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนหน้า Frontal lobe ทำให้เกิดการงอกใหม่ (neurogenesis) มีการสร้างใยสมองเพิ่มทำให้เกิดการเชื่อมโยงวงจรความรู้ในสมอง เพื่อสร้างจุดเชื่อมต่อที่จำเป็นในสมองเพิ่มความจำในสมองทำให้สามารถบริหารจัดการ การฝึกสมาธิ การระบายอารมณ์ การวางแผนการทำกิจกรรมประจำวัน ทำให้การปรับอารมณ์ให้อยู่ในสภาพผ่อนคลายส่งผลต่อการทำงานของ Amygdala ทำให้หลั่ง serotonin ทำให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น การบวกเลข ลบเลข เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นสมองส่วน Frontal lobe ให้ทำงานเกิดการสร้าง Neurogenesis ทำให้ความคิดความจำดี และการให้บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บอกคำเหมือน คำคล้าย เป็นการกระตุ้นสมองส่วน Frontal lob ทำให้สมองมีการทำงานประสานกันการรู้คิดดีขึ้น โดยกำหนดให้ฝึกแต่ละกิจกรรมและมีการบันทึกผลของการปฏิบัติ แจ้งระยะเวลาปฏิบัติและ

การเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามความเข้าใจ 5) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามการฟื้นฟูการรู้คิดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการโทรสอบถามอาการกำหนดระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที และโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest -posttest with nonrandom control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแผนกผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ไม่มีความพิการของแขนขา โดยประเมินจากคะแนนความรุนแรงของของโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรค (NIHSS) 5 -14 คะแนน มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตัวแปรตาม คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ด้าน 18 กิจกรรม ด้านที่ 1 การดูแลตนเอง (Self-care) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การอาบน้ำ การแต่งตัวท่อนบน การแต่งกายท่อนล่าง การขับถ่ายด้วยตนเอง ด้านที่ 2 การควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) ประกอบด้วย การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ ด้านที่ 3 การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) ประกอบด้วย การเคลื่อนที่จากเตียงสู่รถเข็นหรือเก้าอี้ การไปห้องน้ำ การไปอาบน้ำ ด้านที่ 4 การเคลื่อนที่ (

locomotion) ประกอบด้วย การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได ด้านที่ 5 การสื่อสาร (communication) ประกอบด้วย การเข้าใจด้านภาษา การแสดงออก ด้านที่ 6 การรับรู้ทางสังคม (social cognition) ประกอบด้วย การรับรู้และตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา และความจำ (คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา, 1983) ประเมินโดยใช้เครื่องมือ functional independence measure ซึ่งพัฒนาโดย คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกาปี 1983 ใช้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data SET

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2522) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและซักประวัติประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีปัญหาการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน 3) การวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟูการสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน 4) การปฏิบัติการสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ การอธิบายเกี่ยวกับปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจ้งระยะเวลาปฏิบัติและการเก็บข้อมูล 5) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการโทรสอบถามอาการกำหนดระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล 3 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที และโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที และมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. การเก็บข้อมูล และค้นหาปัญหารวมถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษ พูดคุยกับพยาบาลที่ดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป็นปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อหาปัญหาผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน พูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา

3. การวางแผนการพยาบาล หลังจากได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วนของปัญหา และเขียนแผนการพยาบาลโดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล

4. กิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล สอนผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ อธิบายโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจ้งระยะเวลาปฏิบัติและการเก็บข้อมูลและติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการโทรสอบถามอาการ กำหนดระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมที่ โรงพยาบาล 4 ครั้งใช้เวลา 30-60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 โทรติดตามอาการผู้ป่วยและการปฏิบัติตามโปรแกรม ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมสมองและหลอดเลือดใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 – 5 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกเพื่อประเมินการกำกับการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 7

5. การประเมินผลการพยาบาล โดยการติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 30 นาที

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 35-59 ปีบริบูรณ์ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิระพยาบาล

การพยาบาลปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลประจำการในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเข้ารับการรักษา พยาบาลประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม วางแผนให้การพยาบาลร่วมกับทีมแพทย์ มีสหสาขา ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดย NIHSS โดยแพทย์ พยาบาลประเมินความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถในการการกลืน การสำลัก มีการวางแผนการพยาบาลและความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้น วางแผนการทากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ในวันที่ 3 จะส่งผู้ป่วยไปฝึกทากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายที่แผนกกายภาพ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาระหว่างการฟื้นฟูวันที่จำหน่ายจะมีการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องยา การปฏิบัติตัว การมาติดตามอาการตามนัด การโทรสอบถามอาการที่บ้านซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งการฟื้นฟูการทำหน้าที่ในการรู้คิด จะส่งผลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถวางแผนจัดลำดับความสำคัญต่างๆ และตัดสินใจในการดำเนินชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและสามารถนำไปประกอบการพยาบาลเพื่อที่เน้นการฟื้นฟูด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไปประยุกต์ใช้เพื่อลดการพึ่งพิงสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3. ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
- 1.5. สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
- 1.6. พยาธิสรีรวิทยา
- 1.7. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.8. การวินิจฉัย
- 1.9. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.10. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย
- 1.11. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 2.1. ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2.2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3. แบบประเมินการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.5. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. กระบวนการพยาบาล

- 3.1. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล
- 3.2. ความหมายของกระบวนการพยาบาล
- 3.3. องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล
- 3.4. ความสำคัญและความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

4. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

National Stroke Association (2009) ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลัน เนื่องจากการอุดตันของลิ่มเลือดหรือหลอดเลือดแตกส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพ เนื้อสมองขาดเลือดเลี้ยงเซลล์เริ่มตายทำให้สูญเสียหน้าที่ในการสั่งการของสมองส่วนนั้น

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) กล่าวว่า stroke หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน

กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2547) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมีความผิดปกติที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้เมื่อเกิดแล้วก่อให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น อัมพาตครึ่งซีก มีปัญหาการสื่อสาร

ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2551) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการหรืออาการแสดงของระบบประสาท โดยเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดมากกว่า 24 ชั่วโมง ส่งผลให้พบความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อความพิการและความสูญเสียมากมาย

1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะพยาธิสรีระได้เป็น 2 ประเภท คือ (นิจศรี ชามุณรงค์ 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2.1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ รวมทั้งในหลอดเลือดฝอยและมักเกิดบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดจากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (coagulation) ทำให้ขนาดรูของหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด อาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่ขาดเลือด และตำแหน่งที่เกิดการตีบตัน การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของ circle of willis แต่พบมากบริเวณหลอดเลือดแดง internal carotid และ middle cerebral ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยง motor และ sensory area รวมทั้ง inter capsule ดังนั้นจึงมักเห็นผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก ถ้าสมองซีกเด่นเสียผู้ป่วยจะมีปัญหาการพูดร่วม ความรุนแรงขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่ขาดเลือด ขนาดของพยาธิสภาพ และความสามารถในการไหลเวียนเลือดข้างเคียง (collateral circulation) อาการและอาการแสดง มักเกิดขึ้นขณะหลับหรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไปและถึงจุดสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง

ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกที่สำคัญ คือ ภาวะสมองบวม จะพบได้ภายใน 2 สัปดาห์แรก โดยทั่วไป มักจะพบการเกิดที่รุนแรงในวันที่ 2 - 4 หลังสมองขาดเลือดหรือตาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ เบลลง มีผู้ป่วยหลายรายพบว่ามีอาการดีขึ้นภายใน 12-24 สัปดาห์แรก แม้ว่าบางรายใช้เวลานานเป็นปี ๆ

1.2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ

1.2.2.1 กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพหลอดเลือดแดง carotid

1.2.2.1.1 กลุ่มอาการ internal carotid artery (ICA) การอุดตันมักพบที่บริเวณส่วนต้นของหลอดเลือดทำให้เกิดอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ ปวดศีรษะโดยเฉพาะที่บริเวณหน้าผาก ชาและอ่อนแรงของแขนและขาข้างตรงข้าม มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา ในกรณีที่มีรอยโรคอยู่ด้านซ้าย ตามองไม่เห็นข้างเดียวกับรอยโรค

1.2.2.1.2 กลุ่มอาการ anterior cerebral artery (ACA) หลอดเลือด ACA เป็นแขนงของ ICA โดยส่วนต้นของ ACA หรือ A1 นั้นจะให้แขนงเป็น penetrating arteries ไปเลี้ยงบริเวณ caudate nuclei และ anterior limb ของ internal capsule จากนั้นแยกเป็น anterior communicating artery เชื่อมต่อกับ ACA ด้านตรงข้ามเป็นส่วนหนึ่งของ circle of willis ส่วนต้นของ A2 จะไปเลี้ยงด้าน medial, inferior และ convexity ของ frontal lobe ส่วนปลายของ A2 จะเลี้ยงด้าน medial ของ parietal lobe และ corpus callosum การอุดตันของ ACA ที่ตำแหน่ง A1 ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ เนื่องจากมี collateral จาก anterior communicating artery ของ penetrating arteries ได้แก่ แขนงขาตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรงซึ่งมักจะเป็นชั่วคราว และอาจพบอาการพูดไม่ชัดร่วมด้วย

1.2.2.1.3 กลุ่มอาการ middle cerebral artery (MCA) ให้เลือดไปเลี้ยง cerebral cortex เป็นบริเวณกว้าง การอุดตันบริเวณส่วนต้นของ MCA ถัดจาก circle of Willis มักเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นนอกสมอง (emboli) หากไม่มีการไหลเวียนเลือดจาก anterior และ posterior cerebral artery มาชดเชยเลี้ยงบริเวณผิวนอกของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติอย่างมาก ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เนื่องจากส่วน posterior limb ของ internal capsule ขาดเลือดมาเลี้ยง อาจมีอาการชาร่วมด้วยแต่ไม่รุนแรง เนื่องจากมีความผิดปกติบริเวณ sensory cortex ส่วนล่างเท่านั้นผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการมองเห็นแบบ homonymous hemianopia ทั้งนี้อาการชา อ่อนแรงและความผิดปกติของการมองเห็นจะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบากและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกเด่น จะมี global aphasia แต่ถึงแม้ว่าเป็นสมองซีกไม่เด่นผู้ป่วยก็อาจจะมีปัญหาเรื่องภาษาได้เช่นกัน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการแสดงอารมณ์ทั้งทางน้ำเสียง สีหน้าและท่าทาง รวมทั้งไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของคู่สนทนา (affective agnosia) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้สภาพร่างกายซีกที่อ่อนแรงและสิ่งแวดล้อมด้านนั้น (neglected syndrome) และไม่สามารถแยกแยะความสัมพันธ์เกี่ยวกับตำแหน่งของวัตถุได้ (visuospatial deficit) ถ้าลิ่มเลือดอุดตันที่แขนงบน (upper division) ของ MCA อาการและอาการแสดงคล้ายกับผู้ที่มีการอุดตันบริเวณส่วนต้นของ MCA ยกเว้นอาการอ่อนแรงโดยกล้ามเนื้อ

แขนและใบหน้าจะอ่อนแรงมากกว่ากล้ามเนื้อขา เนื่องจากบริเวณ inferolateral aspect ของ motor cortex ขาดเลือด ถ้ามีปัญหาที่สมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะมี broca's (motor) aphasia

1.2.2.2. กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพหลอดเลือด Vertebrobasilar

1.2.2.2.1 Vertebrobasilar artery ซึ่ง vertebral artery เป็นแขนงของ subclavian artery เมื่อทอดตัวขึ้นถึงก้านสมองบริเวณส่วนต่อของ medulla และ pons แล้วหลอดเลือด vertebral ทั้งสองข้างจึงรวมกันเป็น basilar artery ทั้ง vertebral artery และ basilar artery ให้แขนงไปเลี้ยง cerebellum แขนงที่สำคัญได้แก่ posterior inferior cerebellar artery (PICA)

1.2.3 โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระยะเวลาดำเนินโรค 4 ระยะ

1.2.3.1 Transient ischemic attack (TIA) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว สามารถหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง

1.2.3.2 Reversible ischemic neurologic deficit (RIND) เป็นภาวะคล้าย TIA แต่ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถหายเป็นปกติได้ภายใน 3 สัปดาห์

1.2.3.3 Stroke in evolution (SIE) หรือ progressive stroke เป็นภาวะที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือดและมีอาการของโรคดำเนินไปเรื่อยๆ หรือรุนแรงมากขึ้น อาจเกิดภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพของโรคมักขึ้น

1.2.3.4 Complete stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของหลอดเลือด อาการและอาการแสดงของโรคเป็นอยู่นานกว่า 24 - 72 ชั่วโมง

1.3 ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) ได้แบ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่มักใช้เวลา 48 ชั่วโมง ในระยะนี้มีปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิต

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง หรือนานกว่าในระยะนี้มีปัญหาเรื่องการกลืนการเคลื่อนไหวการพูดอวัยวะและขาดสารอาหาร

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถที่จะรับรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองขาดเลือด แบ่งได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่

1.4.1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีเป็นประมาณ 4 - 6 เท่า เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและเปราะแตกง่ายและพบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง

ร้อยละ 62.0 – 73.0 ทั้งนี้หากผู้ป่วยสามารถลดความดันโลหิต systolic ทุก 10 มม.ปรอท จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย (เจียมจิตต์ แสงสุวรรณ, 2555)

1.4.2. โรคเบาหวาน หากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 1.8 - 6 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) รวมถึงหลอดเลือดฝอยอุดตันส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตัน ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควรมีการควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือดให้ดีเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550)

1.4.3. การมีไขมันในเลือดสูง จะก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันหลอดเลือด โดยเฉพาะการมี LDL สูง และ HDL พบว่าการรักษา โดยเฉพาะการให้ยาในกลุ่ม statin สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556) จากการศึกษาพบว่า การลดระดับ LDL มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยระดับ LDL ที่ลดได้ 25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงประมาณร้อยละ 10 และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11

1.4.4. ความอ้วน (obesity) คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ดัชนีมวลกาย (body mass index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน 23 kg/m²

1.4.5. โรคหัวใจชนิดต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) เป็นภาวะที่หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่ดี ทำให้มีเลือดคั่งและเกิดลิ่มเลือด ทำให้มีโอกาสหลุดออกมาอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Adeoye et al., 2019) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดประมาณ 6 เท่า

1.4.6. Homocystein สูง homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือดค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก homocysteine จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

1.4.7. การสูบบุหรี่ (smoking) ในบุหรี่จะมีสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำลายหลอดเลือดแดงให้เพิ่มความหนืดของเลือด มีการเพิ่มโปรตีนเพิ่มการจับของเกล็ดเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นมีผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง รวมถึงเกิดการลดระดับคลอเลสเตอรอลชนิดดี มีผลต่อการทำลายเยื่อหุ้มและเอ็นโดทีเลียเซลล์และทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) ส่งผลทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึงประมาณ 3 เท่า

1.4.8. แอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากอาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ (thromboembolism) เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดเปราะบาง เลือดออกง่าย โดยการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้เลือดที่ไปเลี้ยง

สมองบริเวณนั้นลดลง ผลจากแอลกอฮอล์ต่อเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้การหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์ , 2544)

1.4.9. การขาดการออกกำลังกาย เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดเนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักตัว

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สถาบันประสาท , 2550) ได้แก่

1. อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไปพบมากเป็น 3 เท่าของคนอายุน้อย

2. เพศ พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นอัตราส่วน 3:2 แต่สำหรับหญิงมีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เพศหญิงมีโอกาสตายสูงกว่าเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

4. เชื้อชาติพบว่าคนผิวดำ เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำอ้วนเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกว่าคนผิวขาว

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต จากสถิติที่พบผู้ป่วยมีประวัติอัมพาต - อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient ischemic attack :TIA) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกันสามารถช่วยป้องกันโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.5 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สมองขาดเลือดเกิดจากสาเหตุต่างๆ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556) ได้แก่

1. large vessel atherosclerosis หรือภาวะหลอดเลือดแข็ง เป็นสาเหตุสำคัญของ สมองขาดเลือด พบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่

2. โรคหัวใจ เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดประมาณร้อยละ 20 กลไกที่สำคัญคือการมี emboli หลุดไปยังหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจที่เสี่ยงต่อการเกิด embolism ได้แก่ Atrial fibrillation, Valvular heart disease, Myocardial infarction ที่มีผนังหัวใจทำงานผิดปกติ Cardiomyopathy ที่มี Ventricle ขยายขนาดมากและบีบตัวไม่ได้

3. โรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก (small vessel disease) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่เป็น perforating branch ในตำแหน่งลึกของสมองทำให้เกิด Lacunar infarction

4. โรคของหลอดเลือดชนิดอื่นๆ เช่น arterial dissection ซึ่งอาจเกิดตามมาหลังการเกิดอุบัติเหตุหรือบางครั้งอาจไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ (spontaneous dissection) เกิดเนื่องจากมีเลือดเซาะเข้าไปในผนังของหลอดเลือดใหญ่ มักเกิดที่บริเวณหลอดเลือด carotid หรือ vertebral บริเวณคอ

5. โรคของส่วนประกอบของเลือด เช่น มีความผิดปกติของ coagulation factors ทำให้มี thrombosis ได้ง่ายขึ้นหรือมีความผิดปกติของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด พบในโรคต่าง ๆ เช่น protein C deficiency, Protein S deficiency, Polycythemia vera, Hyperviscosity syndrome, Thrombotic Thrombocytopenic purpura

6. Hemodynamic stroke หรือ Low flow state เกิดเมื่อมีการลดลงของ cerebral blood flow ทั่ว ๆ ไปทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดบริเวณส่วนปลายของหลอดเลือดใหญ่หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบของสมอง

1.6 พยาธิสรีรวิทยาของโรคสมองขาดเลือด

โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง (18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงาน หรือ สมองจะมี electrical failure (พรักทอร์ ธรรมสโรช, 2555) แต่ยังสามารถฟื้นตัวได้ถ้าได้รับเลือดมาเลี้ยงทันเวลา คำว่า “ischemic penumbra” ใช้เรียกบริเวณสมองที่ขาดเลือดและหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย คือ มีเลือดไปเลี้ยงอยู่ ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลดลงมากกว่า 8 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะตาย เมื่อหลอดเลือดสมองอุดตันทันทีจะทำให้สมองส่วนนั้น ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้

1.7 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมองที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดที่ตีบตันนั้น ๆ โดยอาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ แขน ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตา มองเห็นภาพซ้อนหรือมืดมัวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะรุนแรงชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยอาการผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเวลาเป็นนาที อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นและระยะเวลาที่เกิด

กลุ่มอาการจาก carotid artery system (anterior circulation) ตีบและอุดตัน

1. กลุ่มอาการจากหลอดเลือด carotid arteries ตีบและอุดตัน (carotid artery syndrome) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการมองเห็นที่แย่งกันและเป็นชั่วคราว โดยอาจมีลักษณะเป็นฝ้าๆ คล้ายหมอกหรือมองชัดหรือมีลักษณะเหมือนม่านเลื่อนลงมาหรือเลื่อนขึ้นมาบังหรือเป็นลักษณะ concentric vision อาการส่วนใหญ่เป็นประมาณ 1 - 5 นาที มักไม่เกิน 15 นาที

2. กลุ่มอาการจาก middle cerebral artery (MCA) ตีบและอุดตัน กลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหลอดเลือด internal carotid cerebrum เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือด middle cerebral จะทำให้เกิดการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างในสมอง ทำให้เกิดการอ่อนแรงและสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกตรงข้าม โดยส่วนของหน้าและแขนจะแสดงอาการรุนแรงกว่าขา ถ้าสมองซีกที่ขาดเลือดเป็นสมองซีกเด่น (dominant hemisphere) ผู้ป่วยจะ

มีปัญหาการใช้ภาษา (aphasia) ซึ่งมักจะรุนแรงจนถึงระดับสูญเสียความสามารถในการสื่อสารทุกด้าน (global aphasia)

3. กลุ่มอาการจาก anterior cerebral artery (ACA) ตีบและอุดตัน ACA infarction พบได้ไม่บ่อย (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด) อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตันว่าเกิดที่ส่วนต้นหรือแขนงของหลอดเลือด ACA จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาข้างตรงข้าม โดยไม่มีอาการอ่อนแรงของหน้าหรือแขน บางครั้งจะมีการสูญเสียความรู้สึกของขาข้างตรงข้ามร่วมด้วย

1.8 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยแบ่งได้เป็นการตรวจพยาธิสภาพของสมอง (Brain imaging) การตรวจพยาธิสภาพและสรีระวิทยาของหลอดเลือด (Vascular study) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

1. Brain imaging เป็นการตรวจที่แสดงให้เห็นความผิดปกติของสมองในเชิงกายวิภาค ใช้เป็นการตรวจเบื้องต้นในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. การตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองหลอดเลือดบริเวณคอ การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การตรวจพยาธิและสรีระวิทยาของหลอดเลือดตามแต่ละชนิดเพื่อพยากรณ์โรค เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง การตรวจหลอดเลือดที่คอ (Carotid duplex scan) การตรวจหลอดเลือดในสมอง (MRA, MRV)

1.9 การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ปิยะวรรณ เขียวระนะกุล, 2555) แบ่งเป็น

1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน

1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง โดย Thromboembolism หรือ thrombus การใช้ thrombolytic agents

1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (anti-platelet Drugs) การให้ยากลุ่ม antiplatelet ได้แก่ aspirin การให้ยาในขนาด 160 - 300 มก. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง พบว่าได้ผลดี การให้ยา aspirin ร่วมกับ clopidogrel อาจมีประโยชน์ในผู้ที่มีสมองขาดเลือดที่อาการไม่รุนแรงหรือ TIA ที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือด carotid บริเวณคอหรือหลอดเลือดใหญ่ในสมองที่มีหลักฐานว่าลิ่มเลือดหลุดมาในสมอง (micro embolism)

1.3 ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (anti-coagulants) ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ heparin, low molecular weight heparin (LMWH) วัตถุประสงค์ของการให้เพื่อป้องกันไม่ให้สมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากลิ่มเลือดหัวใจ

2. การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

2.1 การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดมักมีความดันโลหิตสูงอยู่ และในระยะเฉียบพลัน ร่างกายจะมีกลไกเพื่อเพิ่ม cerebral blood flow ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้ cerebral blood flow ลดลง ในผู้ที่มีสมองขาดเลือด ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มม.ปรอท หรือในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 มม.ปรอท จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต

2.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้สารอาหารอย่างพอเพียง การให้สารน้ำจะมีประโยชน์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแห่งน้ำร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามต้องระวังในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างเพราะการให้สารน้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้นจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะ heart failure

3. การฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมมือกันตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อที่จะประเมินวางแผนและให้การฟื้นฟู รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การฟื้นตัวของระบบประสาท (Recovery from Stroke) (นิจศรี ชาญรงค์, 2550) การฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคสมองขาดเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง ความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ร้อยละ 80 - 90 ภายในเวลา 1 - 2 เดือน บางรายใช้เวลา 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทโดยปกติจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนจะฟื้นตัวช้าลง (Kelly-Hayes et al., 1989) การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 3 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน คือ ระยะ 1 - 2 สัปดาห์ หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การบำบัดฟื้นฟูในช่วงนี้ จะเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนอยู่บนเตียง ภายหลังจากที่ล้มป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ และเพื่อให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังกำลังไปน้อยที่สุด เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดฟื้นฟูในช่วงต่อไป ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมรวดเร็ว ทำให้การไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้น สมองยุบวม ความดันภายในช่องกะโหลกลดลง ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ดีขึ้น มี Motor control ดีขึ้น ความสามารถในการพูด ความเข้าใจ ภาษาดีขึ้น การฟื้นตัวตามธรรมชาติจะเกิดภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค

2. ระยะฟื้นตัว คือ ระยะ 3 - 6 เดือน หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยในช่วงนี้จะเริ่มทรงตัว และสามารถนั่งเป็นเวลานาน ๆ ได้ ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ในสังคมดีขึ้นภายใน 3 - 6 เดือน ในขณะที่มีการฟื้นตัวตาม

ธรรมชาติ การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชยทดแทน ซึ่งต้องใช้ความรู้ และเทคนิคในการช่วยฟื้นฟูสภาพ (Derick T Wade, 2012)

3. ระยะทรงตัว คือ ระยะที่พ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้ว โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นฟูที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรกภายหลังจากที่ล้มป่วยใหม่ๆ แต่ในทางตรงกันข้าม หากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ในขณะนี้ ก็มีโอกาสสูงที่อาการบกพร่องพิการนั้นจะเหลือติดตัวไปตลอดชีวิต ระยะทรงตัวจึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้สูญเสียสมรรถนะที่ฟื้นฟูมาได้แล้วนั้นไปอีก เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน จึงยังต้องทำการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาสมรรถภาพนั้น ๆ ให้คงอยู่ตลอดไป

กลไกการฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลไก คือ

1. การฟื้นตัวเนื่องจาก natural spontaneous recovery เกิดจากการดีขึ้นของพยาธิสภาพของสมองรอบ ๆ ส่วนที่ขาดเลือดเรียก ischemic penumbra เช่น เซลล์ประสาทมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้นสมองยุบวมเลือดออกน้อยลง ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลง ใช้ระยะเวลา 1 - 2 สัปดาห์

2. การฟื้นตัวจากขบวนการ neural plasticity คือ ความสามารถในการเชื่อมโยงของเส้นประสาทได้ตลอดชีวิต เกิดจากเซลล์ประสาทสมองส่วนที่ดีมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ได้แก่ การงอกของเซลล์ประสาทและแตกกิ่งก้านสาขาแขนงประสาท dendrite ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมอง (structural reorganization) ทำให้ส่งกระแสประสาทได้ตลอดชีวิต การฝึกสมองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมอง และมีการเชื่อมต่อโครงสร้างใยประสาทมากขึ้น การทำงานของสมองอาศัยเวลา การเรียนรู้ การฝึกฝนอย่างเต็มที่ การกระตุ้นต่าง ๆ จะช่วยทำให้ modification ของ neuronal network เกิดได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งการกระตุ้นการทำงานของสมอง จะทำให้ฟื้นตัวได้เร็ว (Chapman et al., 2015)

1.10 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ความรุนแรงของปัญหาจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552) และความรุนแรงของการถูกทำลายซึ่งอาการทางสมองจะส่งผลการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. ด้านร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ ปัญหาที่พบผู้ป่วยมีดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555)

1.1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของ เมดัลลาสมองส่วนหน้า เปลือกสมองหรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยในระยะแรกกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็ง (spasticity) โดย

จะเกิดการงอของ ข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่นข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า (อรฉัตร โตะยานนท์, 2544)

1.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (Dominant hemisphere) พบได้ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยความผิดปกติที่พบมี 3 ลักษณะ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) คือ 1) เป็นความบกพร่องในการสื่อภาษา เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Expressive aphasia) เพื่อสร้างเป็นคำพูดออกมา ซึ่งบริเวณนี้เรียกว่าบริเวณโบวคา (Broca's area) นอกจากนี้ สมองส่วนนี้ยังควบคุมการเคลื่อนไหวของ ลิ้น ฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียงได้ 2) ความบกพร่องในการสื่อภาษา เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทรับความรู้สึกและการเลือกคำพูด (receptive aphasia) ซึ่งทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน ซึ่งอยู่บริเวณที่เรียกว่าบริเวณเวอร์นิเค (Wernicke's area) เป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแปลผลการได้ยินและการมองเห็นด้วย ลักษณะของผู้ป่วย คือ มีความบกพร่องด้านการฟัง การเข้าใจคำพูดและการอ่านหนังสือ ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับการกลืน(วราภรณ์ คำรงค์ และ ทศพร เอกปรัชากุล, 2562) ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน (Dysphagia) พบประมาณร้อยละ 13 - 94 ความผิดปกติขึ้นอยู่กับตำแหน่งและรอยโรคในสมอง ความผิดปกติการทำงานของเส้นประสาทหลายเส้นประจวบกัน เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้ จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดไม่สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตัวอาหารไปในทิศทางต่างๆ ได้

1.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองกลีบพาริเอทัล (parietal lobe) โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่น ความผิดปกติพบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 44 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึกและการรับรู้ ที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัสและการเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกติอาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างพร้อมกันได้

1.5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง การบกพร่องด้านการรู้คิด (Rostamian et al., 2014) พบได้ร้อยละ 11.6 - 56.3 การกำหนดรู้หรือการรู้คิด (cognitive) เป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ การแปลความหมาย ทำความเข้าใจจดจำ รวมถึงการดัดแปลงข้อมูล เพื่อการแสดงออกอย่างเหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ความผิดปกติ 3 อันดับแรกที่พบมาก ได้แก่ ความผิดปกติในการทวนซ้ำร้อยละ 100 การมองเห็นและมิติ

สัมพันธ์/การบริหารจัดการร้อยละ 91.18 การคิดเชิงนามธรรมร้อยละ 82.35(เบญจมาศ สุขสถิต และ ผดุงธรรม เทียงบุรณธรรม, 2560) การพร่องด้านการรู้คิดส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง หลงลืม เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย มีความบกพร่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น ปัญหาด้านการสื่อสาร การละเลย ส่วนของร่างกาย หรือสภาพแวดล้อมครึ่งซีก ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้หมด ไม่สามารถเชื่อมโยง การเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันได้ การรักษา ประกอบด้วย การฝึกฝน เพื่อแก้ไขความบกพร่องบนสมมติฐานว่าสมองสามารถปรับตัวและการฝึกฝน จะช่วยให้เกิดการรู้คิดในที่สุด เราจึงควรประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิด เพื่อทราบปัญหา ความรุนแรง ระดับความสามารถในการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอาหาร ตลอดจนการรับประทานอาหารเอง การแต่งตัวและการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย ถือว่าเป็นซีกที่เด่นควบคุมการทำงานของร่างกายด้านขวา มีหน้าที่ควบคุมเรื่องความสามารถในการสื่อสาร (Communication ability) โดยผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำ สับสน การตัดสินใจไม่ดี รวมทั้งมีความผิดปกติด้านการคิดและการคำนวณ ส่วนสมองซีกขวา ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านซ้าย ควบคุมการเรียนรู้ (Cognitive intellectual function) ผู้ป่วยจะสามารถติดต่อพูดคุยได้แต่มักจะขาดความสนใจหรือความสนใจไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิ ทำให้การฝึก การฟื้นฟูสภาพขั้นตอนต่างๆ เป็นไปได้ยากแต่สามารถฝึกการเรียนรู้ได้โดยการกระตุ้นซ้ำ ๆ ทำบ่อย ๆ และซ้ำ ๆ (อรฉัตร โทษยานนท์, 2544) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา การสูญเสียความทรงจำ ปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ ความสามารถในการคำนวณ การใช้เหตุผลและจินตนาการ ผิดปกติ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้กับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการรับรู้ ความทรงจำ มีคุณภาพชีวิตต่ำ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ไม่สามารถใช้สิ่งต่าง ๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มา ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ได้ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

1.6 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะแรก ซึ่งความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และความผิดปกติในการกลั้นปัสสาวะนี้พบว่า เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อติดตามผู้ป่วยระยะ 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 29 ที่มีอาการผิดปกตินี้และลดลงเหลือร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยที่ยังกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หลังจากเกิดโรคไปแล้ว 1 ปี (อรฉัตร โทษยานนท์, 2544) สาเหตุของความผิดปกติ ของการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะมักจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกับผลของโรคในสมองโดยเฉพาะที่บริเวณสมองส่วนพอนทัล (frontal lobe) อาจทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.7 มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ (อรฉัตร โทษยานนท์, 2539) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสาเหตุด้านร่างกายเอง เช่น ร่างกายเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง และประกอบกับภาวะอารมณ์ผันผวนทางจิตใจ

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายก่อให้เกิด ความ กลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ รวมทั้งมีการ เปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง

2.1 ความเครียด (stress) เป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2 - 3 นาทีหรือชั่วโมง และเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องพึ่งพา ผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) พบมากถึงร้อยละ 20 - 60 และมักพบในผู้ป่วยที่มี พยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าซีกซ้าย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มีสาเหตุมาจากความ พิการของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นอิสระ

2.3 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นปฏิกิริยาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่มีความ แน่แน่นอนทำให้เกิดภาวะกดดัน ทำให้ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวล่วงหน้าในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง

3. ผลกระทบด้านสังคม มนุษย์ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตลอดจนต้องการความรัก และการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ได้ด้วยตนเองทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บทบาทในครอบครัวและสังคมทั้งตัวผู้ป่วยสมาชิก ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง (ญัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์ 2542)

3.1 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการส่งผล กระทบต่อบทบาทให้เปลี่ยนแปลงไป เช่น จากเคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นต้องพึ่งพา ผู้อื่น หากเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัว หากเลี้ยงครอบครัวตลอดจนตัดสินปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว แต่ หลังจากป่วยต้องกลับกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวต้องหาเลี้ยงและบางครั้งครอบครัวต้องช่วยตัดสิน ปัญหาผู้ป่วยด้วยยังทำให้คับข้องใจไม่สามารถยอมรับบทบาทได้ ละอายใจและรู้สึกกว่าไร้ค่า ส่งผล ต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

3.2 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผนควบคุม สิ่งงานลูกน้อง แต่หลังจากป่วยต้องย้ายไปอยู่ตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญต้องหรือต้องออกจากงาน ทำ ให้ไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น เมื่อต้องดำรงชีวิตที่หลีกเลี่ยงความพิการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชนได้

4. เศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดูแล ตนเองได้ ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ย่อมเป็นภาระกับครอบครัวรับภาระ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงค่าเดินทาง จะเสียค่าใช้จ่ายกับการเกิดโรค หลอดหลอดเลือดสมอง ทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรคอื่น ๆ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555)

1.11 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(นลินี พสุคันธภัก และ สายสมร บริสุทธิ์ 2558) มี ดังนี้

1. บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลโดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับมีดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา ผลกระทบและการป้องกันการเกิดโรค

2. บทบาทด้านการป้องกัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการให้ความรู้เพื่อการลดหรือควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. บทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลควรพยายามช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหดเกร็ง เน้นการป้องกันที่อาจจะเกิดจากภาวะขาดการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า ซึ่งหากมีการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการเสริมโปรแกรมอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกิจวัตรได้ใกล้เคียงปกติกลับสู่สภาพใกล้เคียงปกติแล้วนั้น ยังช่วยปรับตัวด้านจิตสังคมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. บทบาทการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากกระตุ้นการพลิกตะแคงตัว การจัดทำ การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และป้องกันการมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ที่หอผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน สำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเริ่มจากการฝึกเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนย้ายตัว (Transfer training) การฝึกเดิน การฝึกช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล สามารถทำได้ตั้งแต่แรกโดยความดูแลของพยาบาล และเรียนรู้ การใช้แขนขาข้างที่ดีในการดูแลตนเอง (one handed activity) ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินปัญหาอุปสรรค ความต้องการของผู้ที่เป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งจะไม่เหมือนกันและแตกต่างกันในรายละเอียด

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ชวลี แยมวงษ์ (2538) และประไพพรรณ จิรินทร์ (2547) ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อาบน้ำ แต่งตัว ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดินและการเคลื่อนย้าย

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2544) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของบุคคลได้ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กิจกรรมในชีวิตประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ 1) ความสามารถในการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำหรือการอาบน้ำ และการดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและมีความเป็นอิสระสามารถปฏิบัติได้ภายในบ้าน 2) กิจกรรมในชีวิตประจำวันต่อเนื่อง (extended or instrumental activity of daily living) เช่น การไปจ่ายตลาดความสามารถในการประกอบอาหาร ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ

สถาบันประสาทวิทยา (2554) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน

คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา (1983) ได้ให้ความหมายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ด้าน 18 กิจกรรม ด้านที่1 การดูแลตนเอง (Self-care) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การแต่งตัวท่อนบน การแต่งกายท่อนล่าง การขับถ่ายด้วยตนเอง ด้านที่2 การควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) ประกอบด้วยกลั้นปัสสาวะ กลั้นอุจจาระ ด้านที่ 3 ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย(mobility) การเคลื่อนที่จากเตียงไปเก้าอี้ การไปห้องน้ำ การไปอาบน้ำ ด้านที่ 4 การเคลื่อนที่ (locomotion) ด้านที่ 5 การสื่อสาร (communication) การเข้าใจด้านภาษา การแสดงออก ด้านที่ 6 การรับรู้ทางสังคม(social cognition) การรับรู้และตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา และความจำ ประเมินโดยใช้เครื่องมือ functional independence measure ซึ่งพัฒนาโดย คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกาปี 1983 ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-7Score มาใช้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data SET แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 ด้าน 18 กิจกรรม ด้านที่1การดูแลตนเอง (Self-care) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การแต่งตัวท่อนบน การแต่งกายท่อนล่าง การขับถ่ายด้วยตนเอง ด้านที่2 การควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) ประกอบด้วย กลั้นปัสสาวะ กลั้นอุจจาระ ด้านที่ 3 ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย(mobility) การเคลื่อนที่จากเตียงไปเก้าอี้ การไปห้องน้ำ การไปอาบน้ำ ด้านที่4 การเคลื่อนที่(locomotion) ด้านที่ 5 การสื่อสาร(communication) การเข้าใจด้านภาษา การแสดงออก ด้านที่ 6 การรับรู้ทางสังคม(social cognition) การรับรู้และตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา และความจำ

2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือได้แต่ไม่สมบูรณ์ (นพวรรณ ผ่องใส, 2521) การให้คำแนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดพร้อมกับให้กำลังใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นใน

ตนเอง จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้ เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่ม จัดเป็นคำ ๆ ควรใส่อาหารข้างที่ไม่อ่อนแรงและการดื่มน้ำควรดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูด เพื่อลดการสำลักและเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว จัดให้ผู้ป่วยนั่งขณะรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 - 60 นาที

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด เป็นการรักษาความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลช่วยเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กระทำด้วยตัวเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำความสะอาดให้ (ประไพพรรณ จิรันทร, 2547) การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีแปรงฟันหรือบ้วนปาก เป็นกิจกรรมที่กระทำ เพื่อจัดเศษอาหารและเชื้อโรครภายในช่องปากผู้ป่วย

3. การเคลื่อนย้าย การฝึกการเคลื่อนย้ายจะต้องเริ่มต้นเคลื่อนย้ายไปข้างที่ตีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถ และกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยแต่ถ้าผู้ป่วยมีการฝึกเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ได้ดีการเคลื่อนย้ายฝึกได้ 2 แบบ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2551)

3.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมาเก้าอี้โดยมีคนช่วย ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาที่ขอบเตียงประสานนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน และใช้วงแขนโอบบ่าผู้ดูแล ผู้ดูแลโน้มตัวไปข้างหน้ามาก ๆ โดยย่อเข่าลงและโอบมืออ้อมหลังผู้ป่วยให้ไกลที่สุด แล้วต่อจากนั้นดึงตัวผู้ป่วยให้โน้มมาข้างหน้าทางไหล่ด้านใดด้านหนึ่งที่รู้สึกถนัด ผู้ดูแลเอนตัวไปข้างหลังใช้น้ำหนักตัวผู้ป่วยช่วยถ่วงไม่ให้หงายหลัง ดึงตัวผู้ป่วยเข้าหาผู้ดูแลพร้อมกับใช้เข่าดันเข้าของผู้ป่วยไว้ ผู้ดูแลสามารถหมุนตัวผู้ป่วยให้หันหลังเข้าหาเก้าอี้ได้ การใช้ให้ผู้ป่วยนั่งลงบนเก้าอี้ โดยผู้ดูแลค่อย ๆ ผ่อนแรงยันเข้าในขณะที่พยุงให้ตัวผู้ป่วยโน้มไปข้างหน้าผู้ป่วยค่อย ๆ ทრุดตัวลงทำนองโดยกันจะหย่อนสีกลงในเก้าอี้

3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมาเก้าอี้โดยไม่มีคนช่วย ผู้ดูแลจัดเก้าอี้ตั้งฉากกับลำตัวให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้ามาก ๆ ลงน้ำหนักเท้าทั้ง 2 ข้างวางมือข้างที่ปกติลงบนที่นอนใกล้ตัว พยุงตัวหมุนจนกระทั่งหันหลังเข้าหาเก้าอี้ ในระหว่างที่หมุนตัวอาจจะลงน้ำหนักขาข้างที่ปกติชั่วคราวได้ในช่วงแรก ๆ ที่ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนย้าย ผู้ดูแลอาจช่วยโดยการใช้มือของผู้ดูแลที่อยู่ทางหัวเตียงจับกางเกงด้านหลังของผู้ป่วยไว้ พร้อมกับใช้มืออีกข้างหนึ่งประคองเหนือไหล่ข้างที่อ่อนแรง เพื่อคอยกันไม่ให้ผู้ป่วยทิ้งศีรษะและไหลไปข้างหลังในขณะที่หย่อนตัวลง

4. การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัวเองจากล้อเข็นไปยังโถส้วม วิธีการเคลื่อนย้ายตัวไปห้องสุขาผู้ป่วย จัดล้อเข็นหันหน้าเข้าหาโถส้วม ล้อคล้อรถเข็น ยกที่วางเท้าออก ใช้มือข้างปกติจับราวเกาะข้างฝาผนัง หรือนั่งบนผนังโถส้วมส่วนที่ไกลจากตัวผู้ป่วย (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มตัวไปด้านหน้าหมุนเท้าด้านปกติให้หันหลังอยู่ในลักษณะพร้อมที่จะนั่งบนโถส้วม

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรฝึกเดินในราวคู่ขนานเมื่อ

ผู้ป่วยเดินราวคูขนานมั่นคงแล้ว จึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยในการเดินอาจจะเป็นไม้เท้าขาเดียวไม้เท้า 3 ขา

6. การสวมใส่เสื้อผ้า หมายถึง การสวมใส่เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตร และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ข้างหนึ่งของร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลควรที่จะเอื้อและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมที่จำเป็นได้ จึงควรแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แต่งกายด้วยตนเอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

6.1 การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้าในผู้ป่วยที่มีการทรงตัวได้ดี ถ้าทรงตัวไม่ดีให้นั่งรถเข็น ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยวางเท้าข้างเตียงหรือเก้าอี้ จัดวางเสื้ออยู่บนตักโดยคลี่เสื้อออกให้ด้านในเสื้ออยู่ด้านบนและส่วนของชายเสื้อชิดลำตัว การสวมเสื้อให้สวมแขนข้างที่เป็นอัมพาตก่อนโดยใช้มือข้างที่ดีจับแขนด้านที่เป็นอัมพาตสอดเข้าไปในแขนเสื้อด้านเดียวกัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีดึงแขนเสื้อขึ้นจนถึงไหล่แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง แล้วใช้มือข้างที่ดียื่นไปทางด้านหลังค่อย ๆ ดึงเสื้อมาทางด้านหน้าพร้อมกับสอดมือเข้าไปในแขนเสื้อเพื่อสวมแขนข้างที่ดี ใช้มือที่ดีดึงด้านหน้าของเสื้อเข้าหากันแล้วติดกระดุม การถอดเสื้อทำเช่นเดียวกับการสวมเสื้อที่ติดกระดุม

6.2 การสวมกางเกง ใช้หลักเดียวกับการสวมเสื้อ คือ เริ่มด้วยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งห้อยเท้าวางเท้าบนพื้นข้างเตียง แล้วใช้มือข้างที่ดีจับขาข้างที่เป็นอัมพาตยกขึ้นมาวางทับขาข้างที่ดีแล้วจับกางเกงด้านในที่อยู่ด้านเดียวกันกับขาข้างที่เป็นอัมพาตให้พร้อมที่จะสวมใส่ในขาข้างที่เป็นอัมพาต แล้วใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงขึ้นให้สูงสุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้เท้าที่เป็นอัมพาตโผล่พ้นออกจากขากางเกงจากนั้นจับวางขาข้างที่เป็นอัมพาตลง จากนั้นวางขาข้างที่เป็นอัมพาตที่สวมกางเกงลงเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยจับขากางเกงแล้วใช้ขาข้างที่ดีสอดใส่ขากางเกงอีกข้างให้เรียบร้อยแล้วดึงกางเกงให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าผู้ป่วยทรงตัวไม่ได้ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียงแล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นที่ละข้างแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย การถอดกางเกงใช้หลักเดียวกับการใส่

6.3 การสวมถุงเท้า จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ใช้มือนำด้านปกติจับขาข้างด้านอ่อนแวงวางทับขาข้างด้านปกติ สวมถุงเท้าที่เท้าด้านอ่อนแวงก่อนจัดถุงเท้าให้เรียบร้อย จากนั้นวางเท้าด้านที่อ่อนแวงวางทับขาข้างด้านปกติแล้วจึงสวมถุงเท้าปกติ การถอดถุงเท้าให้ถอดด้านปกติก่อน จากนั้นใช้มือนำด้านปกติจับขาข้างด้านที่อ่อนแวง วางทับขาข้างด้านปกติแล้วจึงถอดถุงเท้าด้านปกติ

6.4 การสวมรองเท้า โดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ถ้าเป็นรองเท้าที่มีเชือกผูกจะต้องคลายเชือกให้หลวมที่สุด เพื่อง่ายต่อการสวมและดันเท้าให้เข้าในรองเท้าให้มากที่สุด ใช้มือนำด้านปกติยกเท้าด้านอ่อนแวงวางบนรองเท้าและดันเท้าเข้า ถ้าดันเท้าเข้าได้ไม่หมด ให้ใช้ซ็อนรองเท้าบริเวณสันเท้าและจัดเท้าเข้ารองเท้าให้เรียบร้อย จะทำให้สันเท้าสวมเข้าในรองเท้าได้ดี หลังจากนั้นจึงสวมรองเท้าด้านในปกติต่อไป

7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น วิธีการขึ้นบันได โดยการให้ผู้ป่วยใช้มือจับราวด้านหน้าลำตัวเหนือ ศูนย์กลางของก้าวแรก ยกขาข้างปกติวางบนบันไดขั้นแรก ก้าวขาหนึ่งก้าว นำขาข้างที่อ่อนแวงวาง ข้างขาปกติ ทำซ้ำถึงบันไดขั้นบนสุด การลงบันไดโดยหันหลังลง โดยการยืนด้วยขาทั้งสองบนบันไดขั้น บนสุด ก้าวขาลงหนึ่งก้าวด้วยขาข้างที่อ่อนแวง นำขาข้างปกติวางข้างขาที่อ่อนแวง เลื่อนมือลงมาแล้ว ทำซ้ำ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) และการลงบันไดทางด้านหน้า โดยการหมุนตัวที่บันไดขั้นบนสุดมือจับราวด้านหน้าลำตัว ขาอ่อนแวงก้าวลงหนึ่งก้าว นำขาข้างปกติวางลงข้างขาอ่อนแวง

8. การอาบน้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้าหรือเย็น ก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง โดยผู้ช่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องน้ำได้ โดยรถเข็นนั่งหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น เตรียมเก้าอี้สำหรับให้อาบน้ำ เตรียมสบู่ ผ้าเช็ดตัว และเสื้อผ้า ควรนั่งอาบบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง พื้นน้ำควรใช้วัสดุกันลื่น ดึงราวเกาะที่ผนัง และเช็ดตัวให้แห้งก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องน้ำ ในกรณีมีข้อจำกัดไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ ผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเองที่เตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายขาดความสนใจในตนเอง มีภาวะท้องผูก โดยมีสาเหตุจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและทางสมอง ผู้ป่วยจะมีการขับถ่ายช้าโดยเฉพาะผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ถ่ายอุจจาระออกไม่หมด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ความรู้สึกว่ามีอุจจาระมากในลำไส้ลดลง ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ ได้รับอาหารและน้ำน้อยลง การใช้เก้าอี้ถ่าย การย้ายนั่งโถนั่งหรือเก้าอี้ถ่าย จะช่วยให้ได้ผลจากแรงโน้มถ่วงของโลกและทำให้กล้ามเนื้อที่ท้องออกแรงเบ่งได้ดี อาจให้ผู้ปวยนวดท้องตามแนวของลำไส้ (ตามเข็มนาฬิกา) โน้มตัวไปข้างหน้าและเบ่งเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ปัสสาวะไหลออกตลอดเวลา ปัสสาวะเล็ดราด การถ่ายปัสสาวะควรให้ผู้ปวยอยู่ในท่านั่ง อาจเป็นการนั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้ถ่าย กระตุ้นให้ผู้ปวยพยายามถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงในระยะแรก การใช้กระบอกปัสสาวะ สำหรับผู้ปวยชายที่ช่วยเหลือตนเองได้ จัดให้ยืนข้างเตียง ถ้าไม่สามารถยืนได้ ให้นั่งศีรษะสูงบนเตียงผู้ดูแลให้กระบอกปัสสาวะ เมื่อถ่ายปัสสาวะเรียบร้อยเลื่อนกระบอกปัสสาวะออกและให้ผู้ปวยทำความสะอาด

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีหลายประเภท ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ใช้กันโดยทั่วไปได้แก่

2.3.1. The Barthel ADL Index สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได มีการแบ่งคะแนนระดับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องโดยมีคะแนนรวม 0 - 100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2.3.2. แบบประเมินการดูแลตนเองของเคนนี่ (Kenny Self-care Evaluation) (อ้างถึงใน (นพวรรณ ผ่องใส, 2552) เป็นแบบประเมินที่มีความไว แต่ไม่ได้หาความตรงของเครื่องมือ ไม่ค่อยมีการนำไปใช้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในบ้านเท่านั้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรมใหญ่ และ 17 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) กิจกรรมบนเตียง ประกอบด้วย

การเคลื่อนไหวตัวบนเตียงในท่านอนและการลุกจากท่านอนเป็นท่านั่ง 2) การเคลื่อนย้าย ประกอบด้วย การนั่ง การยืน และการเข้าห้องน้ำ 3) การเคลื่อนที่ประกอบด้วย การเดิน การขึ้น-ลง บันได และการใช้ล้อเข็น 4) การแต่งตัวประกอบด้วย การสวมเสื้อ การสวมกางเกง การสวมรองเท้า และถุงเท้า 5) การดูแลความสะอาดส่วนบุคคลประกอบด้วย การดูแลความสะอาดบริเวณใบหน้า แขน และผม การดูแลความสะอาดบริเวณลำตัวและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลความสะอาดของขา และเท้า การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ 6) การรับประทานอาหาร

2.3.3 Chula Activity of Daily Living index ซึ่งสุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล, 2537 อ้างถึงใน เพ็ญโรยม ชาญสมบัติ, 2547 เป็นผู้พัฒนาจาก Barthel Activity of Daily Living ของ Barthel and Mahoney(1965) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การปรุงอาหารหรือการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือแลกเงิน การเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ เช่น รถสองแถว รถเมล์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง

2.3.4 The Pluss Profile พัฒนาโดยเกรนเจอร์และคณะ PULSES ย่อมาจาก Physical condition, Upper limbs, Lower limbs, Sensory components, Excretory functions, Support factor คิดค้นโดย โมสโควิทส์และแมคแคน cited in Christiansen (1998) เป็นแบบสังเกตที่ผู้สังเกตใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางด้านร่างกายโดยทั่วไป เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือมีค่าคะแนนเป็น 4 คะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 สามารถอธิบายได้ถึงการใช้ความสามารถในระดับที่รุนแรง เครื่องมือนี้นิยมใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย มีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

2.3.5 Functional Independence Measure ในปี 1983 คณะแพทยศาสตร์ฟีนฟูของสหรัฐอเมริกา ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-score มาใช้เป็นแบบประเมิน ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data System แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ โดยการแบ่งการประเมิน 6 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (Self care) การควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) การเคลื่อนที่ (locomotion) การสื่อสาร (communication) การรับรู้ทางสังคม (social cognition) รวมทั้งสิ้น 18 หัวข้อย่อยคะแนนต่ำสุด 18 คะแนนและคะแนนสูงสุด 126 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง (Christiansen & Ottenbacher, 1998) การให้คะแนนแต่ละหัวข้อมีหลักเกณฑ์แจ้งรายละเอียดแต่ละข้อ ใช้ง่าย สามารถวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพิการโดยรวม รวมถึงวัดความจำ การเข้าสู่สังคม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบ (functional independence measure) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้วัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ละเอียด เป็นเครื่องมือมาตรฐาน สะดวก รวดเร็วและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบและครอบครัวในเรื่องกิจกรรมของผู้ป่วยทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านการรู้คิด

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุมากมักมีการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่ผิดปกติมากกว่าคนที่อายุน้อย (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิทธิวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล, 2554 ; กณฐิต์ ตัญดา, พัชรพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ, 2560) และผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจึงส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายลดลงจากโรคเหล่านั้น ทำให้ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2. เพศ โดยผู้ป่วยเพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง 3.93 เท่า (กณฐิต์ ตัญดา, พัชรพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ, 2560) การศึกษาของ ลี และคณะ (Li et al., 2013) พบว่าเพศชายมีการฟื้นฟูด้านทำหน้าที่ที่ดีกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทำให้ผู้ป่วยเพศหญิงรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรทำกิจวัตรประจำวันเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย ประกอบกับสภาพร่างกายของเพศชายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่าเพศหญิง

3. ความรุนแรงของโรค คือ ระดับความรุนแรงของโรคที่มากกว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ สติสัมปชัญญะและมีอาการอ่อนแรง รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ลักษณะอาการทางคลินิกและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (สุจิตรา มหาสุข, 2557)

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยมีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็นการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นคืนสภาพ เนื่องจากในช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรง มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่น และระยะเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี นั้นเป็นระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หากได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนที่สูญเสียไปอย่างต่อเนื่องและถูกต้องผู้ป่วยจะมีการฟื้นหายกลับมาใกล้เคียงปกติ ระยะเวลาที่จะมีโอกาสฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วที่สุด คือ ภายในช่วง 6 เดือนนับจากวันที่เกิดอาการป่วย หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วินาทีแรก ๆ ของโรคหลังจากพ้นช่วงวิกฤติ จะให้ผลดีของการฟื้นคืนสภาพที่ดีกว่า ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

5. ความบกพร่องของระบบประสาทอื่น ๆ ร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากมีความบกพร่องของการรับรู้มักมีการละเลยร่างกายบางส่วนหรือครึ่งซีก มีสมองเสื่อม เกิดปัญหาในการสื่อสารมีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยอาจละเลยไม่สนใจ แยกตัวที่จะมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับสังคมสิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นปัจจัยส่งเสริมในการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันตนเองลดลง

6. โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 0.06 เท่าของผู้ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษา (Caleb et al., 2015) พบว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวมีการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมอเสื่อม โรคข้อเสื่อม ไขมันในเลือดสูง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของโรค ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

7. การดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัว จะมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูงขึ้น (Elloker & Rhoda, 2018) ดังนั้นการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแล มีพฤติกรรมการดูแลที่ดี ส่งผลคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยในการพิจารณาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เวลา ความสะดวก โรคประจำตัวและการมีแรงจูงใจในการดูแลสัมพันธ์กับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวและการจัดการดูแล (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2554)

8. การออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายมีการปรับตัวส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มมากขึ้นไปเลี้ยงสมองมากขึ้น (Jeong et al., 2018) เมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ส่งผลให้สมองทำงานได้ดีขึ้น ควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

9. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึงความสามารถในการทำงานของสมองด้านปัญญา ระดับสูงเกี่ยวกับกระบวนการทางความคิด ประกอบด้วยความรู้ เชาวน์ปัญญา ความฉลาด การรับรู้ เรียนรู้ ความเข้าใจ (Comprehension) การตัดสินใจ (Judgment) ความจำ (Memory) และการใช้เหตุผล (Reasoning) การจินตนาการ การวางแผน การคิดวิเคราะห์อย่างมี เหตุผลและการแก้ปัญหา หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความพร้อมต่อความคิดความจำ และการวางแผน จะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ดังนั้นการฟื้นฟูด้านการรู้คิดการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีพยาธิสภาพ หรือการกระตุ้นการรับรู้สัมผัสทั้ง 6 จะทำให้มีการงอกปลายประสาทเพื่อสร้างจุดเชื่อมโยงขึ้นใหม่ ไปจนถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของโครงข่ายระบบประสาทเดิมที่มีอยู่แล้ว (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549; รักรุทัย คันธี, จรรย์ญา ปัญญา มีทิพย์พยอม และ พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2559) ส่งผลให้การรู้คิดดีขึ้นการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

10. ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่า 0.14 เท่าของกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ปอด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็ง มีการเจ็บปวดข้อเวลาเคลื่อนไหว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก สกุลหงส์โสภณ (2554)

2.5 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยปกติหากร่างกายไม่มีความบกพร่อง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อเกิดความผิดปกติของอวัยวะของร่างกาย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแบ่งได้หลายระดับดังนี้ (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547)

2.5.1 Complete Independence in all Activities of Daily Living ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี

2.5.2 Complete Independence in Self-Care Only ผู้ป่วยช่วยตนเองได้โดยใช้เครื่องช่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีเท้าตกจะเดินได้ดีขึ้น และมั่นคงถ้าใช้กายอุปกรณ์ช่วยประคองเท้า เป็นต้น

2.5.3 Supervised Self-Care ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถ้ามีผู้คอยชี้แนะ เตือนถึงสิ่งไม่ปลอดภัย

2.5.4 Partial Independence in Self-Care ต้องอาศัยผู้ช่วยบางส่วน เช่น ผู้ป่วยสวมเสื้อได้เอง แต่ต้องให้ผู้อื่นรูดซิปหรือกลัดกระดุมให้

2.5.5 Complete dependence ต้องพึ่งพาในการทำกิจวัตรทั้งหมด แต่บางอย่างสามารถทำได้เอง เช่น การแต่งตัว ยกเว้นการสวมใส่เสื้อชั้นใน

3. กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เริ่มใช้และวางแนวคิดมาตั้งแต่ค.ศ. 1859 โดยมีสฟอลเรนซีในติงเกล โดยใช้วิธีการสังเกต และได้รับการพัฒนาจากนักวิชาการทางการพยาบาลท่านต่างๆ เรื่อยมาเริ่มใช้และวางแนวคิด ในปี ค.ศ. 1967 – 1987 โดย ยูราและวอลซ์ (Yura, 1983)(Yura and Walsh) เป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นระบบการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2538) สรุปไว้ดังนี้

- 3.1.1 เป็นวิธีที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ
- 3.1.2 เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
- 3.1.3 เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
- 3.1.4 มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางความสนใจ
- 3.1.5 เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายชัดเจน

3.2 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

Yura & Walsh (1983) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลที่ต้องการจะดำรงภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ ถ้าผู้รับบริการป่วยก็จะให้การดูแลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการกลับสู่สภาพสุขภาพดี แต่ถ้าให้กลับสู่

สภาวะสุขภาพดีไม่สำเร็จก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้รับบริการแต่ละคนเท่าที่เขาคould เป็นไปได้

Seaback (2006) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการที่เป็นระบบ มีขั้นตอน ในการวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริม การทำงานอย่างเป็นระบบและส่งเสริมการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลถูกสร้างขึ้นให้มีวงจรที่ต่อเนื่องกัน ทุกขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลเป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ มีกลไกย้อนกลับ มีความสัมพันธ์ กันอย่างใกล้ชิดและมีส่วนที่ทับซ้อนกันทุกขั้นตอน

พวงรัตน์ บุญญานุกษ์ (2522) กล่าวว่า กระบวนการเป็นการนำวิธีการแก้ปัญหา โดย ทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธีการตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและ ตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ให้ข้อวินิจฉัย การสั่งการปฏิบัติ การปฏิบัติ และการประเมินผล

พาริตา อิบราฮิม (2541) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพ อนามัยของผู้รับบริการอย่างมีระบบระเบียบซึ่งบ่งชี้ความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการและกำหนด วิธีการปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการกระบวนการพยาบาลจึงเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีเป้าหมาย

พรศิริ พันธสี (2552) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลัก วิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำ แผนไปปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการ ปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเป็นการแสดงออกถึง ความเป็นเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล

ดังนั้นกระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการดูแล ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนโดยมีขั้นตอนตามหลักวิทยาศาสตร์ แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ ภายใต้อำนาจ ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการ พยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่ มี ปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น ในการดำรงภาวะสุขภาพ

3.3 องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล

องค์ประกอบกระบวนการพยาบาลไว้ 5 ขั้นตอนดังนี้ (Yura & Walsh, 1983)

3.3.1. การประเมินผู้ป่วย (Assessing) เริ่มด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สภาวะทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา หรือทางคุณธรรม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย เมื่อได้ข้อมูลมีการนำข้อมูลมาจัดกลุ่มให้สัมพันธ์กัน

3.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการสรุปปัญหาและสาเหตุที่ได้ จากการวิเคราะห์แปลผลข้อมูล การแปลข้อมูลได้ 2 ลักษณะ คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่ คาดว่าจะเกิดขึ้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำมาวินิจฉัยการพยาบาล

3.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนด จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่สำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว กำหนดเป้าหมายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและวางแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มเพื่อเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

3.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนวางแผนไปปฏิบัติ ขั้นตอนนี้อาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมพยาบาล (Nursing intervention) และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนด พยาบาลต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล

3.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของพฤติกรรมผู้รับบริการที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการพยาบาล กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (Outcome criteria) การแปลข้อมูลสรุปได้ 3 ลักษณะ

1. พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการพยาบาลแสดงออกทิศทางเดียวกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์

2. พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการพยาบาลแสดงออกลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่รวบรวมจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรกแสดงถึงปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล

3. ในกรณีที่พบว่าพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการพยาบาล แสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับบริการและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยจะเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นขั้นตอนตามลำดับ และเป็นระยะต่อเนื่องตลอดเวลาตามสถานการณ์ เป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาล และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการรายงานระหว่างผลัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์ต่อคุณภาพของการพยาบาล โดยการยึดลำดับตั้งแต่การประเมินข้อมูล การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการและการประเมินผลตามลำดับ(สภาการพยาบาล, 2562)

3.4 ความสำคัญและความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล มิใช่มีความสำคัญเฉพาะต่อการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้นแต่ให้ความสำคัญต่อการศึกษา การบริหาร การวิจัยและการแสวงหาความรู้ของวิชาชีพ โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ การจัดระบบระเบียบความคิดของวิชาชีพซึ่งคำนึงถึงธรรมชาติและพื้นฐานของมนุษย์หรือผู้รับบริการเป็นหลัก กระบวนการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือหรือแนวทางของการปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้แยกแยะให้เห็นขั้นตอนความเป็นเหตุผล ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,

สุจิตรา ลีมอำนวยการ และวิพร เสนารักษ์, 2534) กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ทำให้พยาบาลวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2527)

3.4.1 เป็นเครื่องมือหรือวิธีการที่เป็นแกนกลางสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกด้านในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและอนามัย ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถกระทำด้วยตนเองโดยอิสระ

3.4.2 ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นระบบ มีขั้นตอน มีความต่อเนื่องกันในการที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล จากการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบมีขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ช่วยให้พยาบาลหลีกเลี่ยงการตัดสินใจทางการพยาบาลตามกิจวัตรหรือนิสัยที่เคยชิน ช่วยให้ประหยัดเวลาและเศรษฐกิจ

3.4.3 ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้และทักษะพื้นฐานต่าง ๆ คือ ทักษะทางปัญญา เป็นเครื่องช่วยในการนำความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน นำไปสู่การติดต่อสื่อสารความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล นำไปสู่การรวบรวมข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน

3.4.4 ทำให้พยาบาลมุ่งเป้าหมายที่ผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวตลอดจนชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดการพยาบาลสำหรับตนเองอีกด้วย

3.4.5 มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลเพื่อใช้ในการสื่อสาร ระหว่างสมาชิกในทีมการพยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพ ทั้งเป็นหลักฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การใช้ระบบการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพไปด้วย ช่วยให้สามารถตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการจากระบบการบันทึกดังกล่าวไว้ด้วย

3.4.6 การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล จะช่วยให้พยาบาลสามารถสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้

3.4.7 ในกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหาของผู้บริการเป็นผลที่เกิดจากการใช้การคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการการวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ความคิดดังกล่าว จะช่วยให้เกิดความรู้ใหม่ซึ่งเป็นศาสตร์ของการพยาบาลได้อีกด้วย

ดังนั้นพยาบาลทุกคนจึงนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการพยาบาลเพราะกระบวนการพยาบาล คือ การแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยได้เป็นอย่างดีและแสดงแนวปฏิบัติเชิงวิเคราะห์และสังเคราะห์ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการปฏิบัติ

4. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

กระบวนการพยาบาลเป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาโดยทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธีการตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการ 4) การปฏิบัติตามโปรแกรม 5) การประเมินผล การพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของการพยาบาลของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (Zucchella et al, 2014; รัถฤทัย คันที, 2559) แล้วประเมินผล เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมอง เกิดการงอกของเซลล์ประสาทเปลี่ยนโครงสร้างเกิดการส่งกระแสประสาททำให้การทำงานของระบบประสาทประสานงานกันดีเป็นอย่างไร ส่งผลต่อการรู้คิดได้เร็วขึ้น (Chapman, 2015) ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถจัดกิจกรรมได้ดังนี้

1. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการเก็บข้อมูลและค้นหาปัญหารวมถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษ พูดคุยกับพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยพยาบาลแนะนำตนเอง สอบถามอาการเพื่อประเมินการรู้คิดและเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสถานที่ที่เหมาะสม เป็นส่วนตัว พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ตรวจร่างกาย ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สังเกตอาการต่าง ๆ รวมถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา ประวัติการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรค และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะมีทั้ง Subjective Data คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก และ Objective Data เป็นข้อมูลที่วัดได้จากการมองเห็น ได้ยิน สังเกต บันทึกข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นหลักฐานลงในแฟ้มข้อมูลอย่างชัดเจนสรุปปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1) นำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป็นปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน พูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา

3. การวางแผนการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1) หลังจากได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วนของปัญหา และเขียนแผนการพยาบาลโดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล ซึ่งผู้ป่วยบางรายปัญหาที่เกิด ณ ปัจจุบันจะแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรค ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพร่องการรู้คิดและส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีแผนการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยวางแผน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟูการสร้างโปรแกรมการพยาบาล

เพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน เตรียมวีดิทัศน์ สมุดบันทึกต่าง ๆ เพื่อสอนและแนะนำในการใช้กิจกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ โดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู การสร้างโปรแกรมการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน

กิจกรรมที่ 1 การสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจงระยะเวลาปฏิบัติและการเก็บข้อมูล แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย และสอนทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นการรู้คิด เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการบริหารร่างกาย ทำให้การบูรณาการของสมองร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ทำให้สมองทำงานได้ดียิ่งขึ้น ช่วยฝึกให้สมองมีสมาธิ เปิดสมองต่อการรับรู้สมอง อารมณ์ดี เพราะคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นเบตาเป็นคลื่นแอลฟา ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุขพัชรา ชัมเจริญ, 2556) รวมถึงการผสมผสานกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1. การบริหารการรู้คิดด้านความตั้งใจและสมาธิ 1) การบริหาร นวดบริเวณไหล่ปลาร้า การนวดปุ่มสมองบริเวณขมับ การนวดกกหู การนวดใบหู การทำท่าจิบแอล ท่าโป่งก้อย การนับนิ้วมือ 1 - 10 การนับ 2 - 2 การแตะจมูก จับใบหู การคลายสมอง โดยการใช้มือทำท่าละ 10 ครั้ง ทั้งหมด 10 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน 2) การฝึกนั่งสมาธิ แนะนำวิธีการนั่งสมาธิโดยการทำสมาธิด้วยการฝึกสติ ความคิดมาที่ลมหายใจเข้าและออกใช้เวลา 15 นาที

2. การบริหารการรู้คิดด้านความจำ ได้แก่ 1) การมองภาพ โดยการทำผู้ป่วยมองภาพในอดีตที่คุ้นเคย ให้ดูภาพบุคคลสำคัญ สถานที่ท่องเที่ยวที่นิยม จำนวน 20 ภาพ วิธีการดำเนินการ คือ ให้ผู้ป่วยมองภาพแล้วบอกชื่อ และแยกเพศของบุคคลในภาพ บอกชื่อสถานที่ในภาพ แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประจำวัน ใช้เวลา 10 นาที 2) ปิดตาตมกลิ้งสมุนไพร ให้ตมกลิ้ง ตะไคร้ ใบมะกรูด ขมิ้น ใบเตย ให้ผู้ป่วยระบุว่าเป็นกลิ่นของอะไร ใช้ระยะเวลา 10 นาที

3. การบริหารการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ 1) การจัดการการเงิน การนับเงิน เช่น ธนบัตร 1,000 บาท 500 บาท 100 บาท 50 และ 20 บาท และเหรียญชนิดต่าง ๆ วางบนโต๊ะ และให้ผู้ป่วยแยกประเภทเงิน และนับจำนวนเงินทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าไร โดยจำลองเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยมีการจ่ายเงินที่ร้านสะดวกซื้อ เพื่อซื้อของจำนวน 500 บาท และให้ผู้ป่วยฝึกการจ่ายเงิน ใช้ระยะเวลา 20 นาที และ 2) เกมส่ายและร้อยลูกปัดเตรียมลูกปัดหลากสี รวมกันในตะกร้า 1 ใบ และให้ผู้ป่วยแยกลูกปัดที่มีขนาดเหมือนกัน สีเหมือนกัน ไว้ในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยใช้เวลา 20 นาที และฝึกร้อยลูกปัดเป็นสร้อยข้อมือ 3) การฝึกการใช้โทรศัพท์ ให้ค้นหาเบอร์โทรศัพท์ที่กำหนด แยกเบอร์มือถือ เบอร์บ้าน เบอร์ต่างประเทศ โทรศัพท์ไปหาลูก สามี ภรรยา ญาติ และโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล สถานีตำรวจ สถานีดับเพลิง อุปกรณ์ประกอบด้วย สมุดโทรศัพท์ 1 เล่ม ผู้ป่วยฝึกตามใช้ระยะเวลา 20 นาที 4) เกมส่ายการจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นหมวดหมู่โดยพยาบาลจัดเตรียมโมเดลอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น อุปกรณ์ในห้องครัว อุปกรณ์ในห้องน้ำ อุปกรณ์ในห้องรับแขก อุปกรณ์ในห้องนอน เป็นต้น และให้ผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เหล่านั้น ซึ่งถูกวางคละกั้นในกล่องใช้ระยะเวลา 20 นาที 5) การฝึก

ต่อภาพปริศนา เตรียมภาพจิ๊กซอว์ปริศนาวางบนโต๊ะกิจกรรม และอธิบายการเล่นเกมส์ต่อภาพ และ
 สาคิตให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่างก่อนให้ผู้ป่วยฝึกต่อภาพเองใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 6)
 การค้นหาคำผิดหรือคำที่ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ โดยให้ผู้ป่วยวงกลมล้อมรอบคำที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมือน
 คำอื่นๆ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 7) ปริศนาอักษรไขว้ ให้ผู้ป่วยค้นหาคำศัพท์เริ่มจากง่ายไป
 หายาก เพื่อกระตุ้นการคิด โดยเริ่มจากคำที่ง่ายก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มความยากขึ้นเรื่อย ๆ ใช้เวลา 20
 นาที

4. การบริหารการรู้คิดด้านการคำนวณ (calculation) ; ฝึกนับเลขและบวกลบตามเอกสาร
 ที่ให้ ฝึกให้เลข 100 ด้วย 7 ไปเรื่อย ๆ 4 ครั้ง ใช้เวลาทำ 15 นาที

5. การบริหารการรู้คิดด้านการใช้ภาษา 1) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่
 กำหนดให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนดให้ได้มากที่สุดฝึก 10 นาที 2) ให้บอกคำตรงข้าม เช่น ดำ
 กับขาว ยาวกับสั้น ฝึกครั้งละ 10 นาที 3) คำเหมือนคำคล้าย ให้ผู้ป่วยบอกคำที่คล้าย เช่น เล็กกับ
 น้อย ฝึกครั้งละ 10 นาที 4) คำและสีที่แตกต่าง ให้ผู้ป่วยดูคำ และสอบถามว่าคำที่เห็นเป็นสีอะไร

6. การบริหารการรู้คิดด้านความรู้สึกตัว (consciousness) และความตื่นตัว (alertness))
 ได้แก่กิจกรรม 1) การบันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข กลัว โกรธ เศร้าให้บันทึก
 อารมณ์ขณะนั้น เพื่อให้รู้สึกตัวและรู้ตัวเอง รวมถึงได้แก้ไขอารมณ์ ณ เวลานั้น ๆ ได้บันทึกทุกวัน 15
 นาที 2) เขียนบันทึกประจำวัน ชี้แจงให้ผู้ป่วยบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์และการปฏิบัติประจำวัน
 ผ่านมา 10 นาที 3) การวางแผนประจำวัน (Daily planning) ชี้แจงให้วางแผนชีวิตประจำวันใน 1
 วันให้ผู้ป่วย โดยมีการแบ่งระยะเวลา และกิจกรรมที่ต้องการจะทำในช่วงระยะเวลานั้น ระยะเวลาที่
 คาดว่าจะต้องใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ อธิบายการใช้ตารางและให้ผู้ป่วยวางแผนกิจกรรมประจำวัน
 สำหรับวันพรุ่งนี้ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15 นาที

7. การบริหารการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ 1) รูปมหัศจรรย์ คือ ให้คัดลอกรูปภาพที่เหมือนกับที่
 เตรียมไว้ให้ ได้แก่ รูปลูกบาศก์ รูปสี่เหลี่ยมซ้อนกัน รูปสามเหลี่ยมให้เหมือนมากที่สุดใช้เวลา 10 นาที
 2) เวลามหาสนุก ให้เขียนรูปนาฬิกาเขียนบอกเวลาตามที่บอก ใช้เวลา 10 นาที 3) ปลายทางฝัน โดย
 ให้ลากเส้นให้ถึงจุดหมายปลายทางตามรูปที่กำหนด เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของการทำงานของสมอง
 ใช้เวลา 10 นาที

4. กิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกายภาพ สอนผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้
 การอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจ้งระยะเวลาปฏิบัติและการเก็บข้อมูล
 และติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยการบันทึกไว้ในแฟ้มกิจกรรม โดยการโทรสอบถามอาการ
 กำหนดระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมที่ โรงพยาบาล 3 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที และ
 โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถาม
 อาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาล ใช้
 เวลา 60 นาที



สัปดาห์ที่ 4 – 5 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถาม
 อาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกเพื่อประเมินการกำกับ การทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที

5. กิจกรรมเกี่ยวกับการประเมินผลการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 7) คือ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยไปติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการโทรสอบถามอาการ การโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน เพื่อประเมินการรับรู้ความเข้าใจ เปิดให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยจากการที่ได้ฝึกปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเอง ทบทวนทักษะที่ผู้ป่วยยังขาดความเชื่อมั่นหรือยังทำไม่ได้ตามแผนจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ และกล่าวให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง


กิจกรรมในการดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองผ่านระยะ วิกฤตวันที่ 7)	หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตึก	
	ระยะเวลา 30 นาที	1. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
		กิจกรรม: 1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษอื่นๆ 2. สอบถามพูดคุยกับทีมสุขภาพเพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย 3. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเอง และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ามาพบผู้ป่วยด้วยวัตถุประสงค์ใด พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย 4. ซักประวัติผู้ป่วยโดยสอบถามอาการทั่วไป อาการแสดง การรักษา ประวัติการรักษา การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความวิตกกังวล 5. ตรวจร่างกาย ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินการรู้คิด 6. สังเกตอาการ การแสดงออกของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>7. นำข้อมูลที่ได้ Subjective Data คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก และ Objective Data เป็นข้อมูลที่วัดได้จากการมองเห็น ได้ยิน สังเกตมาวิเคราะห์</p> <p>8. บันทึกข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นหลักฐานลงในแฟ้มประวัติที่เก็บข้อมูลอย่างชัดเจน</p>
	ระยะเวลา 15 นาที	การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
		<p>กิจกรรม:</p> <ol style="list-style-type: none"> นำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดปัญหาาร่วมกันกับผู้ป่วย ซึ่งปัญหาการรู้คิดที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน พุดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหา
	ระยะเวลา 15 นาที	3. การวางแผนการพยาบาล
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรม:</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบตามความเร่งด่วนของปัญหา จากปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบลดลง เนื่องจากสมองส่วนที่ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บกพร่อง เขียนแผนการพยาบาลโดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและกระตุ้นการรู้คิดเพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นโดยจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ


สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>การวางแผนกิจกรรมการพยาบาลดำเนินการตามรายละเอียด</p> <p>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟูการด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน เตรียมวีดิทัศน์ สมุดบันทึกต่าง ๆ เพื่อสอน และแนะนำในการใช้กิจกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ การอธิบายเกี่ยวกับปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย และสอนทุกกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้านได้</p> <p>กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นการรู้คิด เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการบริหารร่างกาย ทำให้การบูรณาการของสมองร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ทำให้สมองทำงานได้ดียิ่งขึ้น ช่วยฝึกให้สมองมีสมาธิ เปิดสมองต่อการรับรู้สมอง อารมณ์ดี เพราะคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นเบตาเป็นคลื่นแอลฟา ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุขพัชรา ชัมเจริญ, 2556) รวมถึงการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่</p> <p>1. การบริหารการรู้คิดด้านความตั้งใจและสมาธิ 1) การบริหารนวดบริเวณไหล่ปลาร้า การนวดปุ่มสมองบริเวณขมับ การนวดกอกหู การ</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>นวดใบหู การทำท่าจิบแอล ท่าโป่งก้อย การนับนิ้วมือ 1 - 10 การนับ 2 - 2 การแตะจมูก จับใบหู การคลายสมองโดยการใช้มือ ทำท่าละ 10 ครั้ง ทั้งหมด 10 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน 2) การฝึกนั่งสมาธิ แนะนำวิธีการนั่งสมาธิ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกการโฟกัสความคิดมาที่ลมหายใจเข้าและออกใช้เวลา 15 นาที</p> <p>2. การบริหารการรู้คิดด้านความจำ ได้แก่ 1) การมองภาพ โดยการให้ผู้ช่วยมองภาพในอดีตที่คุ้นเคย ให้ดูภาพบุคคลสำคัญ สถานที่ ห้องที่อยู่ที่นิยม จำนวน 20 ภาพ วิธีการดำเนินการ คือ ให้ผู้ป่วยมองภาพบุคคลในครอบครัวแล้วบอกชื่อ และแยกเพศของบุคคลในภาพ บอกชื่อสถานที่ในภาพ แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประจำวัน ใช้เวลา 10 นาที 2) ปิดตาตามกลิ้งสมุนไพร โดยพยาบาลเตรียมกลิ้งพื้นฐาน เช่น กลิ้งมะกรูด ตะไคร้หอม การบูร ใบเตย ขมิ้น กลิ้งสบู่ แล้วให้ผู้ช่วยหลับตาตามกลิ้ง และระบุว่าเป็นกลิ้งของอะไร ใช้ระยะเวลา 10 นาที</p> <p>3. การบริหารการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ</p> <p>1) การจัดการการเงิน การนับเงิน เช่น ธนบัตร 1,000 บาท 500 บาท 100 บาท 50 และ 20 บาท และเหรียญชนิดต่าง ๆ วางบนโต๊ะ และให้ผู้ช่วยแยกประเภทเงิน และนับจำนวนเงินทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าไร โดยพยาบาลจำลองเหตุการณ์ให้ผู้ช่วยมีการจ่ายเงินที่ร้านสะดวกซื้อเพื่อซื้อของจำนวน 500 บาท และให้ผู้ช่วยฝึกการจ่ายเงิน ใช้ระยะเวลา 10 นาที และ 2) เกมส์แยกและร้อยลูกปัดเตรียมลูกปัดหลากสี หลายขนาดรวมกันในตะกร้า 1 ใบ และให้ผู้ช่วยแยกลูกปัดที่มีขนาดเหมือนกัน สีเหมือนกัน ไว้ในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้โดยใช้เวลา 10 นาที และฝึกร้อยลูกปัดเป็นสร้อยข้อมือ 3) การฝึกการใช้โทรศัพท์ ให้ค้นหา</p>


สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>เบอร์โทรศัพท์ที่กำหนด แยกเบอร์มือถือ เบอร์บ้าน เบอร์ต่างประเทศ โทรศัพท์ไปหาลูก สามี ภรรยา ญาติและโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล สถานีตำรวจ สถานีดับเพลิง อุปกรณ์ประกอบด้วย สมุดโทรศัพท์ 1 เล่ม ผู้ป่วยฝึกตามใช้ระยะเวลา 15 นาที 4) เกมส์การจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นหมวดหมู่ โดยพยาบาลจัดเตรียมโมเดลอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น อุปกรณ์ในห้องครัว อุปกรณ์ในห้องน้ำ อุปกรณ์ในห้องรับแขก อุปกรณ์ในห้องนอน เป็นต้น และให้ผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เหล่านั้น ซึ่งถูกวางคละกันในกล่องใช้ระยะเวลา 10 นาที 5) การฝึกต่อภาพปริศนา โดยพยาบาลเตรียมภาพจิ๊กซอว์ปริศนาวางบนโต๊ะกิจกรรม และอธิบายการเล่นเกมส์ต่อภาพ และสาธิตให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่างก่อนให้ผู้ป่วยฝึกต่อภาพเองใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 6) การค้นหาคำผิดหรือคำที่ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ โดยการให้ผู้ป่วยวงกลมล้อมรอบคำที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที</p> <p>4.การบริหารการรู้คิดด้านการคำนวณ (calculation) ฝึกนับเลขและบวกลบ โดยฝึกนับเลข 1-10 นับเลขคู่ไปเรื่อย ๆ จนถึง 100 ฝึกให้ลบเลข 100 ลบ 7 ไปเรื่อย ๆ จนหมด ฝึกบวก ลบ คูณ หาร เลข ใช้เวลาทำ 15 นาที</p> <p>5. การบริหารการรู้คิดด้านการใช้ภาษา 1) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนดให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนด ภายในเวลา 1 นาที ให้ได้มากที่สุดฝึก 10 นาที 2) คำตรงข้าม เช่น ดำกับขาว ยาวกับสั้น ฝึกครั้งละ 10 นาที 3) คำเหมือนคำคล้าย ให้ผู้ป่วยบอกคำที่คล้ายเช่น เล็กกับน้อย ฝึกครั้งละ 10 นาที 4) คำและสีที่แตกต่าง ให้ผู้ป่วยดู</p>


สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>คำ และสอบถามว่าคำที่เห็นอ่านว่าอะไรตามสิ่งที่เห็น</p> <p>6. การบริหารการรู้คิดด้านความรู้สึกตัว (consciousness) และ ความตื่นตัว (alertness) ได้แก่ กิจกรรม 1) การบันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข กลัว โกรธ เศร้าให้บันทึกอารมณ์ขณะนั้น เพื่อให้รู้สึกตัวและรู้ตัวเอง รวมถึงได้แก้ไขอารมณ์ ณ เวลานั้น ๆ ได้บันทึกทุกวัน 15 นาที 2) การวางแผนประจำวัน (Daily planning) ตารางการวางแผนชีวิตประจำวัน ใน 1 วันให้ผู้ป่วย โดยมีการแบ่งระยะเวลา และกิจกรรมที่ต้องการจะทำในช่วงระยะเวลานั้น ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ พยาบาลอธิบายการใช้ตาราง และให้ผู้ป่วยวางแผนกิจกรรมประจำวัน สำหรับวันพรุ่งนี้ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15 นาที 3) เขียนบันทึกประจำวันชี้แจงให้ผู้ป่วยบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ และการปฏิบัติประจำวันที่ผ่านมา 10 นาที</p> <p>7. การบริหารการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ 1) รูปมัทศจรรย์ คือ ให้คัดลอกรูปภาพที่เหมือนกับที่เตรียมไว้ให้ได้แก่ รูปลูกบาศก์ รูปสี่เหลี่ยมซ้อนกัน ให้เหมือนมากที่สุดใช้เวลา 10 นาที 2) เวลามหาสนุก ให้เขียนรูปนาฬิกา แล้วเขียนบอกเวลาตามที่บอก ใช้เวลา 10 นาที 3) ปลายทางฝัน โดยให้ลากเส้นให้ถึงจุดหมาย ปลายทางตามรูปที่กำหนด จากรูปภาพที่กำหนดไว้ให้ เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของการทำงานของสมอง ใช้เวลา 10 นาที</p>
(ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 8)	ระยะเวลา 60 นาที	4. การปฏิบัติกายภาพ

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>กิจกรรม:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา ป้องกัน และการฟื้นฟู สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย 2. สอนและให้ฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารสมอง 10 ท่า 2. การนั่งสมาธิ 3. การมองภาพที่คุ้นเคย 4. การปิดตามกลืนสมุนไพร 5. การจัดการการเงิน 6. แยกและร้อยลูกปัด 7. ฝึกการใช้โทรศัพท์ 8. จัดเครื่องใช้ในบ้าน 9. ฝึกต่อภาพปริศนา 10. ค้นหาคำผิด 11. ปริศนาอักษรไขว้ 12. นับเลข ลบเลข 13. คำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด 14. คำตรงกันข้าม 15. คำเหมือนคำคล้าย 16. คำและสีที่แตกต่าง 17. บันทึกอารมณ์ 18. บันทึกประจำวัน 19. วางแผนชีวิตประจำวัน 20. รูปมหัศจรรย์ 21. นาฬิกาบอกเวลา 22. ปลายทางฝัน <p>3. อธิบายเกี่ยวกับการบันทึกการทำกิจกรรม ผลการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
<p>(ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองพื่นระยะ วิกฤตวันที่ 9- 13)</p>	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรม:</p> <p>1. ชี้แจงให้ผู้ป่วยฝึกตามตารางกิจกรรมที่กำหนด และบันทึกในตารางผลการปฏิบัติตามกิจกรรม ได้แก่</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกราคาที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัสจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข ค่าตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข ค่าเหมือน ค่าคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข ค่าและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัสจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกราคาขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข ค่าตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข ค่าเหมือนค่าคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึก</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		ประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูป มหัศจรรย์
สัปดาห์ที่ 2 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองพื้นระยะ วิกฤตวันที่ 14)	ที่พักผู้ป่วย	<p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการ บริหาร</p> <p>ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือ โทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การ จัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูป มหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิด ตาตามกลิ้ง แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การ มองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึก ประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทาง ฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลิ้ง จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบ เลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึก ประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูป มหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มอง ภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบ เลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึก อารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผน ชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิด ตาตามกลิ้ง ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำ ตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองขั้นระยะ วิกฤตวันที่ 21)</p>	<p>แผน ก ผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ติดตามอาการผู้ป่วย สอบถามอาการ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติตามโปรแกรม กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหาร</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองขั้นระยะ วิกฤตวันที่ 28)</p>	<p>ที่พักผู้ป่วย</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหาร</p> <p>ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกรอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึก</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>อารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลิ้ง ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p>2. ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวีดิโอสอบถามอาการที่บ้าน</p>
<p>สัปดาห์ที่ 5 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพื้นฐานระยะวิกฤตวันที่ 35)</p>	<p>ที่พักผู้ป่วย</p>	<p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหาร</p> <p>ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวีดิโอสอบถามอาการที่บ้าน</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลิ้ง แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาตามกลิ้ง จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึก</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>ประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูป มหัศจรรย์</p> <p>วันศุกร์: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มอง ภาพที่คุ้นเคย ผูกต่อภาพปริศนา นับเลขลบ เลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึก อารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผน ชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p>วันเสาร์: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตา ดมกลิ่น ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกัน ข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผน ชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p>วันอาทิตย์: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มอง ภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึก ประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูป มหัศจรรย์</p> <p>2. ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์ หรือโทรผ่านวีดีโอสอบถามอาการที่บ้าน</p>
สัปดาห์ที่ 6 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองพ่นระยะ วิกฤตวันที่ 42)	ผู้ป่วยนอก	<p>กิจกรรม</p> <p>1.ติดตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึก เพื่อประเมินการกำกับการทดลอง</p>
สัปดาห์ที่ 7 (ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองพ่นภาวะ วิกฤตวันที่ 49)	ผู้ป่วยนอก	<p>กิจกรรม</p> <p>1.ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินที่ เตรียมไว้</p> <p>2.บันทึกผลการประเมินที่ได้</p> <p>3.กล่าวปิดสรุปโครงการ</p>

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นางนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการบริหารสมอง ต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึกการรู้คิดขณะอยู่โรงพยาบาล 19 โปรแกรมลักษณะ

กิจกรรม เช่น การจัดการการเงิน การต่อภาพปริศนา การฝึกการใช้ภาษา การจัดลำดับการทำกิจกรรม ส่วนโปรแกรมฝึกการรู้คิดเมื่อกลับบ้าน 17 โปรแกรม ลักษณะโปรแกรม คือ การวาดภาพเล่นปริศนาคณิตศาสตร์ และการออกกำลังกายบริหารสมอง การใช้ระยะเวลาฝึก 30 วัน วันละ 60 นาที จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรู้คิดด้านสมาธิ ความจำ การใช้ภาษาและการสื่อสาร การใช้เหตุผลและการตัดสินใจ และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

สมนึก สกฤษดิ์โสภณ, สิริวรรณ อนันต์โชค และกฤษณี โหลสกุล (2554) ศึกษาปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 100 คน ประเมินครั้งแรกภายในระยะเวลา 1 เดือนที่บ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 3, 6, 12 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมี อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 ปัจจัยด้านเพศ อายุ ผู้ดูแล การจัดการดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1, 3, 6 และ 12 สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน โดยมีปัจจัยด้านเพศ ที่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเพศหญิงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีอัมพาตมากกว่า เพศชาย 4.78 เท่า

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่พหุปัจจัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จำนวน 32 คน โดยใช้โปรแกรมการรู้คิดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร (2559) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบนิวโรบิคต่อการรู้คิดและซีรัมบีเอ็นเอพีในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติและบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 51 คน ทั้งหมด 24 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบนิวโรบิคมีค่าเฉลี่ยของการรู้คิด โดยระลึกทันที ความจำระยะใกล้ได้ภายหลัง ด้านสมาธิ ด้านการเอาใจใส่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ได้นาน ด้านการทำงานของสมองระดับสูง การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ความสามารถในการตัดสินใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

รักฤทัย คันที (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 รายและกลุ่มควบคุม 10 ราย กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกตามโปรแกรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถพัฒนาด้านความคิดความเข้าใจทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้วันเวลา สถานที่ ความสนใจจดจ่อ ความจำ และบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

หทัยชนก พูลเลิศ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกการบริหารจัดการต่อความสามารถของการรู้คิดในผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง กลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลอง 27 ราย ได้รับโปรแกรม

ฝึกการบริหารจัดการ 8 กิจกรรม ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความสามารถของการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

Khanthee et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการใช้ neurobic exercise ต่อการส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุที่มีสถานะสมองเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงสูงอายุ 22 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรม neurobic exercise โดยการฝึกสมองส่วนต่างๆ โดยในกิจกรรมนิวโรบิกจะมีการใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 สัมผัส โดยมีโปรแกรมการฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal lobe, Parietal lobe โดยการหลับตาและจับอุปกรณ์การฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal, Parietal lobe Diencephalon และ Limbic system โดยการเดินไฟ การจำหมายเลขต่าง และการคิดเลขในใจฝึกการทำงานของสมอง ส่วนต่าง ๆ ทำท่าทางแทนคำพูดรวมกับการให้การพูดซ้ำ คำที่ได้ยิน ฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal, Parietal lobe, Temporal lobe, Diencephalon และ Limbic system การถามวัน เวลาสถานที่ จุดน้ำมันหอมระเหย การให้ดมกลิ่น และชิมของต่าง ๆ บอกชื่อสิ่งของที่เห็นฝึกการทำงานของสมอง Frontal temporal การปั่นดินน้ำมันพร้อมดมกลิ่นหอมระเหย ทำการฝึกทุก 2 วัน วันละ 60 นาทีต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทำการวัดคะแนนความจำด้วยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม neurobic exercise คะแนนความจำเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

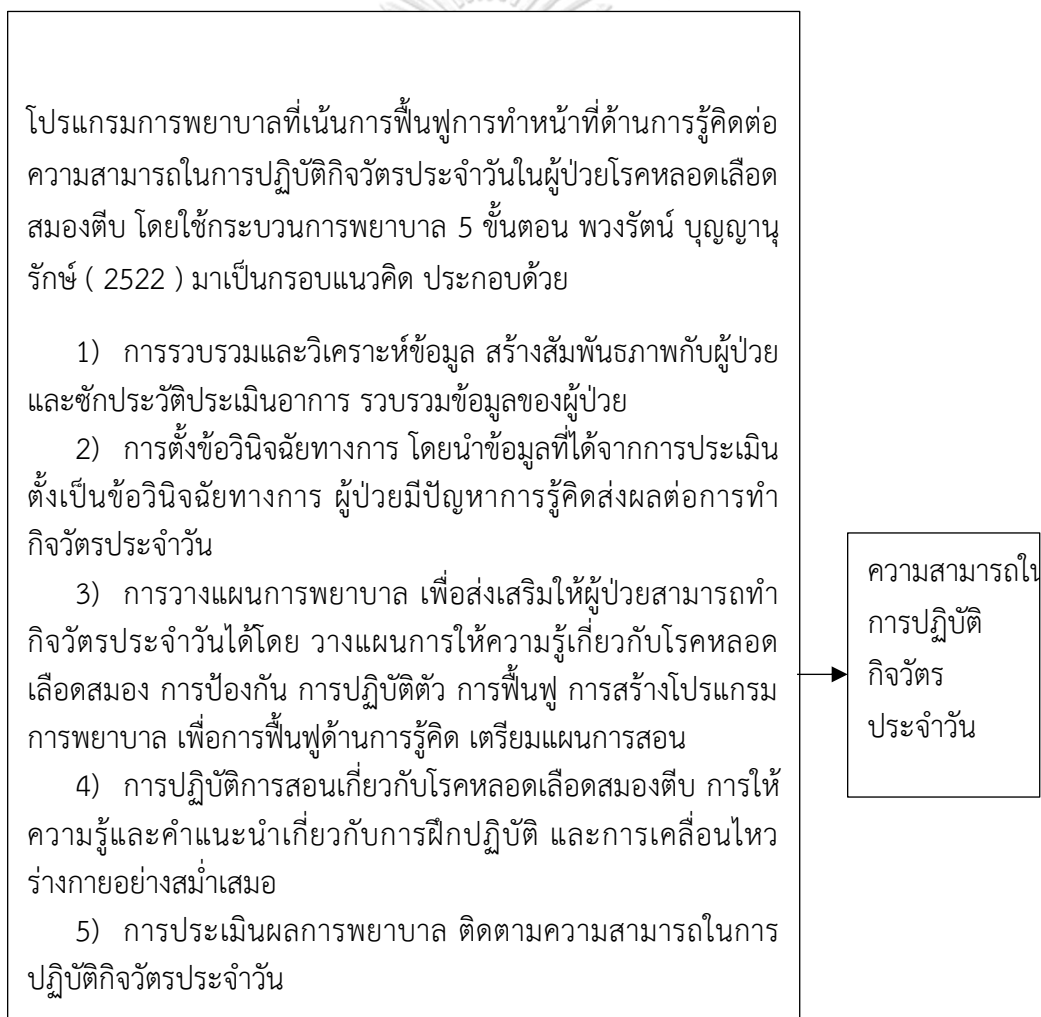
Zucchella et al. (2014) ศึกษาการให้การฟื้นฟูการรู้คิดต่อความสามารถของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง 45-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยสมองมีเลือดออกหรือเส้นเลือดในสมองแตกไม่เกิน 4 สัปดาห์ ทำแบบทดสอบ MMSE ได้มากกว่า 10 คะแนน กลุ่มตัวอย่าง 92 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 รายและกลุ่มควบคุม 47 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการรู้คิด 6 กิจกรรม ได้แก่ การรับรู้เวลา การรับรู้ระยะทางโดยการฝึกการรับรู้ซ้าย ขวา การบอกตำแหน่งสมาธิด้านการมอง โดยฝึกจำใบหน้า เล่นเกมการ์ดจับคู่รูปภาพ การบริหารจัดการ โดยพิจารณาเรื่องราวที่แจกให้ บอกวัตถุประสงค์ของเรื่อง ให้ฝึกบันทึกอารมณ์ ฝึกการวางแผนการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่มอบหมายให้ กลุ่มควบคุมได้รับการฟื้นฟูสภาพตามปกติ ระยะเวลาการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ประเมินผลการรู้คิดที่ 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการฟื้นตัวของการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Skidmore et al. (2017) ศึกษาโปรแกรมฝึกการรู้คิดด้านการบริหารจัดการโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้สูงอายุ ใช้การแก้ปัญหาโดยการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยแต่ละกระบวนการจะมีผู้จัดทำคอยช่วยชี้แนะโดยใช้คำถามกระตุ้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวม 43 ราย โดยฝึก 10 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยฝึก 5 ครั้ง/สัปดาห์ โดยการติดตามผลหลังจำหน่าย 3, 6, 12 เดือน โดยวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการศึกษาการฟื้นฟูร่วมกับบริหารสมองการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บาดเจ็บที่

สมอง ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความพร้อมด้านการรู้คิดมากกว่าร้อยละ 65.38 ซึ่งการพร้อมด้านการรู้คิดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญในการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติหรือปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยในการศึกษาในครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมที่ใช้กระบวนการพยาบาลของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบแผนการวิจัยวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest with nonrandom control group design) (Grove & Burn, 1987) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบวัยผู้ใหญ่ ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

X คือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

O₁ คือ คะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

O₂ คือ คะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

O₃ คือ คะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O₄ คือ คะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35 - 59 ปีและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ไม่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรอง และวินิจฉัยสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือ Thai Mental State Examination (TMSE)) เป็นแบบทดสอบที่สร้างและประเมินสมรรถภาพสมองของคนไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) นิพนธ์ ดวงวารินทร์และคณะ (2539) พัฒนาจากแบบทดสอบ Mini Mental State Examination โดย ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84
2. ความรุนแรงของของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (NIHSS) 5 – 14
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
4. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ผิดปกติของการสื่อสาร
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Statistical Power Table) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Brunns, 2019) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 24 จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และทำการคัดเลือกจนครบ 24 คู่ ตามที่กำหนดไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ใช้วิธีการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเพศ และอายุแตกต่างกันไม่เกิน ± 5 ปี โดยมีการจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 24 คน)		กลุ่มทดลอง (n = 24 คน)	
	เพศ	อายุ	เพศ	อายุ
1	ชาย	57	ชาย	55
2	ชาย	39	ชาย	42
3	ชาย	39	ชาย	39
4	ชาย	59	ชาย	59
5	ชาย	52	ชาย	53
6	ชาย	49	ชาย	48
7	ชาย	44	ชาย	43
8	ชาย	56	ชาย	55
9	หญิง	41	หญิง	42
10	หญิง	39	หญิง	39
11	หญิง	58	หญิง	59
12	หญิง	38	หญิง	39
13	ชาย	59	ชาย	59
14	หญิง	52	หญิง	53
15	ชาย	57	ชาย	55
16	หญิง	41	หญิง	43
17	หญิง	36	หญิง	39
18	ชาย	47	ชาย	48
19	ชาย	50	ชาย	46
20	ชาย	58	ชาย	58
21	ชาย	52	ชาย	47
22	หญิง	59	หญิง	59
23	ชาย	40	ชาย	40
24	ชาย	50	ชาย	45

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้น

การฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

4.1 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.2 แผนการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) เป็นแบบทดสอบที่สร้างและประเมินสมรรถภาพสมองของคนไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองนิพนธ์ ดวงวารินทร์และคณะ (2539) พัฒนาจากแบบทดสอบ Mini Mental State Examination เป็นเครื่องมือคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม สามารถใช้ทดสอบสมรรถภาพสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจสติและเชาว์ปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียน การอ่าน) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 ประกอบด้วย 6 หมวดคะแนนรวม 30 คะแนน คือ การรับรู้ 6 คะแนน การจดจำ 3 คะแนน ความตั้งใจ 5 คะแนน การคำนวณ 6 คะแนนด้านภาษา 10 คะแนน การระลึกได้ 3 คะแนน ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อม มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เป็นแบบทดสอบสภาพสมองของคนไทยใช้ในการประกอบในการวินิจฉัยทางคลินิกของแพทย์ คะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งเป็น 6 หัวข้อย่อย คือ

1. การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน
2. การจดจำ (Recall) 3 คะแนน
3. ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน
4. การคำนวณ (Calculation) 6 คะแนน
5. ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน
6. การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนเต็ม	30	คะแนน	
คะแนน	24 – 30	คะแนน	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
คะแนน	< 23	คะแนน	มีภาวะสมองเสื่อม
คะแนน	20 – 22	คะแนน	มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนน	< 20	คะแนน	มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนดังนี้

- 1.1.1. แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 คน
- 1.1.2. แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน
- 1.1.3. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน
- 1.1.4. หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน
- 1.1.5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

1.2 นำแบบแบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขและการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index ≥ 0.80 (Polit, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก ถึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบเท่ากับ 1.

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งพบว่าแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ระดับความรุนแรงของโรค

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Functional Independence Measure, 1983) คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-score มาใช้เป็นแบบประเมิน ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data System แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ โดยการแบ่งการประเมิน 6 ด้าน คือการดูแลตนเอง (self care) การควบคุมการขับถ่าย(sphincter control) การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) การเคลื่อนที่ (locomotion) การสื่อสาร (communication) การรับรู้ทางสังคม (social cognition) รวมทั้งสิ้น 18 หัวข้อย่อยคะแนนต่ำสุด 18 คะแนนและคะแนนสูงสุด 126 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง (Christiansen & Ottenbacher, 1998) การให้คะแนนแต่ละหัวข้อมีหลักเกณฑ์แจ้งรายละเอียดแต่ละข้อ ใช้ง่าย สามารถวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพิการโดยรวม รวมถึงวัดความจำ การเข้าสู่สังคม ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดย ค่าเฉลี่ยคะแนนจะอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18 – 36 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 37 - 90 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 91 – 126 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 นำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (functional independence measure) ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1. แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 คน

1.1.2. แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน

1.1.3. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

1.1.4. หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

1.1.5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

1.2 นำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขและการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 2013) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากถึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งพบว่าแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละวันตามโปรแกรม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับการทดลองและใช้ติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูที่เน้นการรู้คิด และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์การประเมิน คือ กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกในสมุดบันทึกประจำวัน ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 คือทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้ ถือว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การประเมิน กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการทำกิจกรรมทั้งหมด 42 วันทำได้ 80%

คือบันทึกทั้งหมด 34 วัน ถือว่าผ่านเกณฑ์ 80 % เมื่อผู้วิจัยสอบถามจะบันทึกการปฏิบัติของแต่ละบุคคลไว้ในแบบบันทึกประจำวัน จากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีการบันทึกมากกว่า 80% คือบันทึก 36-40 วัน

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

4.1 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.2 แผนการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.4 สมุดบันทึก

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนของ รัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมมีดังนี้

4.1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ศึกษาขั้นตอนกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้

4.1.2 สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม นำมากำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยสื่อที่ใช้ในการประกอบการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1. แผนการสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด รวมถึงการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูการรู้คิดได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

2. วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ การป้องกัน การรักษา การส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู และโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

3. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

4. คู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและใช้บันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมร่วมด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมถึงสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม ไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา กิจกรรมที่จัดตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนดังนี้

- 1.1.1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 คน
- 1.1.2. แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน
- 1.1.3. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน
- 1.1.4. หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน
- 1.1.5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

1.2 ผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านหลังผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านและได้รับการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อแนะนำเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้คือช่วงระยะเวลาในการทำกิจกรรมบางกิจกรรม มีระยะเวลายาวเกิน 20 นาทีทำให้เหนื่อยง่าย มีการปรับเวลาให้เหมาะสมกับแต่ละกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นจึงมีการปรับเวลาให้เหมาะสมกับแต่ละกิจกรรมและนำไปโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

- ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง
- ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง
- ขั้นที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

ระยะเตรียมการก่อนการทดลองเริ่มตั้งแต่ 1 สิงหาคมพ.ศ 2562 ถึงวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ 2563

1. ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเครื่องมือที่ใช้การกำกับการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล รหัสโครงการ 043/63 COA เลขที่ 049/63 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ได้แนะนำผู้วิจัยให้พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พร้อมให้คำแนะนำในการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

5. ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในด้าน อายุ เพศ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2564 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริพยาบาลใช้เวลาประมาณ 60 นาที
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ โดยการทักทาย พูดคุย แนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4. ภายหลังได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามและขั้นตอนการวิจัยตลอดเวลา

5. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศิริพยาบาลประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเกี่ยวกับการรับประทานยาและ อาหาร การมาตรวจตาม

นัด พร้อมทั้งผู้วิจัยได้นัดหมายพบผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริพยาบาล ในอีก 5 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการเพื่อประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

6. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้สอบถามแสดงความคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้และหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับหนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริพยาบาลใช้เวลาประมาณ 60 นาที
 2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ โดยการทักทาย พูดคุย แนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 3. อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลง นามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 4. หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามและขั้นตอนการวิจัยตลอดเวลา
- กำหนดกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้น ระยะวิกฤตวันที่ 2 - 7)	หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตึก ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY	
	ระยะเวลา 30 นาที	1. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
		กิจกรรม: 1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษอื่นๆ 2. สอบถามพูดคุยกับพยาบาลเพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย 3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเอง และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ามาพบผู้ป่วยด้วยวัตถุประสงค์ใด พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		4. ชักประวัติผู้ป่วยโดยสอบถามอาการทั่วไป อาการแสดง การรักษา ประวัติการรักษา การรับรู้ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอด เลือดสมอง ความวิตกกังวล 5. ตรวจร่างกาย ประเมินความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวัน ประเมินการรู้คิด 6. สังเกตอาการ การแสดงออกของผู้ป่วย รวมถึง สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือ 7. นำข้อมูลที่ได้ Subjective Data คือ ข้อมูลที่ ผู้ป่วยบอก และ Objective Data เป็นข้อมูลที่วัด ได้จากการมองเห็น ได้ยิน สังเกตมาวิเคราะห์ 8. บันทึกข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นหลักฐานลงใน แฟ้มประวัติที่เก็บข้อมูลอย่างชัดเจน
	ระยะเวลา 15 นาที	การตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์
		กิจกรรม: 1. นำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาตั้งข้อวินิจฉัย ทางการแพทย์ 2. กำหนดปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย ซึ่งปัญหาการรู้ คิดที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมประจำวัน พุดคุยถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นและวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางดำเนินการแก้ไข้ปัญหา
	ระยะเวลา 15 นาที	3. การวางแผนการพยาบาล
		กิจกรรม: 1. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบตามความ เร่งด่วนของปัญหา จากปัญหาความสามารถใน การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบลดลง เนื่องจากสมองส่วนที่ทำ หน้าที่ด้านการรู้คิดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บกพร่อง 2. เขียนแผนการพยาบาลโดยกำหนดจุดมุ่งหมาย ทางการแพทย์ ประเมินผล 3. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการ ประเมินผล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและ กระตุ้นการรู้คิดเพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนการทำ

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นโดยจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลดำเนินการตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้ได้แก่กิจกรรมดังนี้</p> <p>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟูการด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน เตรียมวีดิทัศน์ สมุดบันทึกต่างๆ เพื่อสอน และแนะนำในการใช้กิจกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ การอธิบายเกี่ยวกับปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย และสอนทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านได้</p> <p>กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นการรู้คิด เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการบริหารร่างกาย ทำให้การบูรณาการของสมองร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ทำให้สมองทำงานได้ดียิ่งขึ้น ช่วยฝึกให้สมองมีสมาธิ เปิดสมองต่อการรับรู้สมอง อารมณ์ดี เพราะคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นเบตาเป็นคลื่นแอลฟา ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุขพัชรา ชัมเจริญ, 2556) รวมถึงการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่</p> <p>1. การบริหารการรู้คิดด้านความตั้งใจและสมาธิ 1) การบริหารนวดบริเวณไหล่ปลาร้า การนวดปุ่ม</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>สมองบริเวณขมับ การนวดกหนู การนวดใบหู การทำท่าจับแอล ท่าโป่งก้อย การนับนิ้วมือ 1 - 10 การนับ 2-2 การแตะจมูกจับใบหู การคลายสมอง โดยการใช้มือ ทำท่าละ 10 ครั้ง ทั้งหมด 10 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน 2) การฝึกนั่งสมาธิ แนะนำวิธีการนั่งสมาธิโดยการให้ผู้ป่วยฝึกการโฟกัสความคิดมาที่ลมหายใจเข้าและออกใช้เวลา 15 นาที</p> <p>2. การบริหารการรู้คิดด้านความจำ ได้แก่ 1) การมองภาพ โดยการให้ผู้ป่วยมองภาพในอดีตที่คุ้นเคย ให้ดูภาพบุคคลสำคัญ สถานที่ท่องเที่ยวที่นิยม จำนวน 20 ภาพ วิธีการดำเนินการ คือ ให้ผู้ป่วยมองภาพบุคคลในครอบครัวแล้วบอกชื่อ และแยกเพศของบุคคลในภาพ บอกชื่อสถานที่ในภาพ แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประจำวัน ใช้เวลา 10 นาที 2) ปิดตาดมกลิ่นสมุนไพร โดยพยาบาลเตรียมกลิ่นพื้นฐาน เช่น กลิ่นมะกรูด ตะไคร้หอม การบูร ใบเตย ขมิ้น กลิ่นสับู่ แล้วให้ผู้ป่วยหลับตาดมกลิ่น และระบุว่าเป็นกลิ่นของอะไร ใช้ระยะเวลา 10 นาที</p> <p>3. การบริหารการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ 1) การจัดการการเงิน การนับเงิน เช่น ธนบัตร 1,000 บาท 500 บาท 100 บาท 50 และ 20 บาท และเหรียญชนิดต่าง ๆ วางบนโต๊ะ และให้ผู้ป่วยแยกประเภทเงิน และนับจำนวนเงินทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าไร โดยพยาบาลจำลองเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยมีการจ่ายเงินที่ร้านสะดวกซื้อเพื่อซื้อของจำนวน 500 บาท และให้ผู้ป่วยฝึกการจ่ายเงิน ใช้ระยะเวลา 10 นาที และ 2) เกมส์แยกและร้อยลูกปัดเตรียมลูกปัดหลากสี หลายขนาดรวมกันในตะกร้า 1 ใบ และให้ผู้ป่วยแยกลูกปัดที่มีขนาดเหมือนกัน สีเหมือนกัน ไว้ในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้โดยใช้เวลา 10 นาที และฝึกร้อยลูกปัดเป็นสร้อยข้อมือ 3) การฝึกการใช้โทรศัพท์ ให้ค้นหาเบอร์โทรศัพท์ที่กำหนด แยกเบอร์มือถือ เบอร์</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>บ้าน เบอร์ต่างประเทศ โทรศัพท์ไปหาลูก สามี ภรรยา ญาติและโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล สถานี ตำรวจ สถานีดับเพลิง อุปกรณ์ประกอบด้วย สมุด โทรศัพท์ 1 เล่ม ผู้ป่วยฝึกตามใช้ระยะเวลา 15 นาที 4) เกมส์การจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นหมวดหมู่ โดยพยาบาลจัดเตรียมโมเดลอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น อุปกรณ์ในห้องครัว อุปกรณ์ในห้องน้ำ อุปกรณ์ในห้องรับแขก อุปกรณ์ในห้องนอน เป็นต้น และให้ผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เหล่านั้น ซึ่งถูกวางคละกั้นในกล่องใช้ระยะเวลา 10 นาที 5) การฝึกต่อภาพปริศนา โดยพยาบาลเตรียมภาพจิ๊กซอว์ปริศनावางบนโต๊ะกิจกรรม และอธิบายการเล่นเกมส์ต่อภาพ และสาธิตให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่างก่อนให้ผู้ป่วยฝึกต่อภาพเองใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 6) การค้นหาคำผิดหรือคำที่ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ โดยการให้ผู้ป่วยวงกลมล้อมรอบคำที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที</p> <p>4. การบริหารการรู้คิดด้านการคำนวณ (calculation) ฝึกนับเลขและบวกลบ โดยฝึกนับเลข 1-10 นับเลขคู่ไปเรื่อย ๆ จนถึง 100 ฝึกให้ลบเลข 100 ลบ 7 ไปเรื่อย ๆ จนหมด ฝึกบวก ลบ คูณ หาร เลข ใช้เวลาทำ 15 นาที</p> <p>5. การบริหารการรู้คิดด้านการใช้ภาษา 1) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนดให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนดภายในเวลา 1 นาที ให้ได้มากที่สุดฝึก 10 นาที 2) คำตรงข้าม เช่น ดำกับขาว ยาวกับสั้น ฝึกครั้งละ 10 นาที 3) คำเหมือนคำคล้าย ให้ผู้ป่วยบอกคำที่คล้ายเช่น เล็กกับน้อย ฝึกครั้งละ 10 นาที 4) คำและสีที่แตกต่าง ให้ผู้ป่วยดูคำ และสอบถามว่าคำที่เห็นอ่านว่าอะไรตามสีที่เห็น</p> <p>6. การบริหารการรู้คิดด้านความรู้สึกตัว (consciousness) และความตื่นตัว (alertness)</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>ได้แก่ กิจกรรม 1) การบันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข กลัว โกรธ เศร้าให้บันทึกอารมณ์ขณะนั้น เพื่อให้รู้สึกตัวและรู้ตัวเอง รวมถึงได้แก้ไขอารมณ์ ณ เวลานั้น ๆ ได้บันทึกทุกวัน 15 นาที 2) การวางแผนประจำวัน (Daily planning) ตารางการวางแผนชีวิตประจำวันใน 1 วันให้ผู้ป่วย โดยมีการแบ่งระยะเวลา และกิจกรรมที่ต้องการจะทำในช่วงระยะเวลานั้น ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ พยาบาลอธิบายการใช้ตารางและให้ผู้ป่วยวางแผนกิจกรรมประจำวันสำหรับวันพรุ่งนี้ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15 นาที 3) เขียนบันทึกประจำวัน ชี้แจงให้ผู้ป่วยบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์และการปฏิบัติประจำวันที่ผ่านมา 10 นาที</p> <p>7. การบริหารการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ 1) รูปมัทศจรีย์ คือ ให้คัดลอกรูปภาพที่เหมือนกับที่เตรียมไว้ให้ ได้แก่ รูปลูกบาศก์ รูปสี่เหลี่ยมซ้อนกัน ให้เหมือนมากที่สุดใช้เวลา 10 นาที 2) เวลาสนุกสนาน ให้เขียนรูปนาฬิกา แล้วเขียนบอกเวลาตามที่บอก ใช้เวลา 10 นาที 3) ปลายทางฝัน โดยให้ลากเส้นให้ถึงจุดหมายปลายทางตามรูปที่กำหนด จากรูปภาพที่กำหนดไว้ให้ เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของการทำงานของสมอง ใช้เวลา 10 นาที</p>
การประเมินผล		ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติ รู้วิธีการทบทวน และกรณีสงสัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด
(ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 8)		4. การปฏิบัติการพยาบาล
		กิจกรรม:

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		1. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา ป้องกัน และการฟื้นฟู สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย 2. สอนและให้ฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด ได้แก่ 1. การบริหารสมอง 10 ท่า 2. การนั่งสมาธิ 3. การมองภาพที่คุ้นเคย 4. การปิดตาดมกลิ่นสมุนไพร 5. การจัดการการเงิน 6. แยกและร้อยลูกปัด 7. ฝึกการใช้โทรศัพท์ 8. จัดเครื่องใช้ในบ้าน 9. ฝึกต่อภาพปริศนา 10. ค้นหาคำผิด 11. ปริศนาอักษรไขว้ 12. นับเลข ลบเลข 13. คำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด 14. คำตรงกันข้าม 15. คำเหมือนคำคล้าย 16. คำและสีที่แตกต่าง 17. บันทึกอารมณ์ 18. บันทึกประจำวัน 19. วางแผนชีวิตประจำวัน 20. รุปมหัศจรรย์ 21. นาฬิกาบอกเวลา 22. ปลายทางฝัน 3. อธิบายเกี่ยวกับการบันทึกการทำกิจกรรม ผล การปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
(ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 9-13)		กิจกรรม: 1. ชี้แจงให้ผู้ป่วยฝึกตามตารางกิจกรรมที่กำหนด และบันทึกในตารางผลการปฏิบัติตามกิจกรรมได้แก่ <u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		<p>เริ่มต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำเริ่มต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p>
การประเมินผล		ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบ และนำโปรแกรมไปปฏิบัติตามได้ และมีการสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ในการปฏิบัติ การเปิดดูโปรแกรม วิธีการฝึกตาม
สัปดาห์ที่ 2 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพ้น)	ที่พักผู้ป่วย	กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหารโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
ระยะเวลาวิกฤติวันที่ 14)		<p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัสจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัสจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัสจรรย์</p>
การประเมินผล		ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมได้ 80% มีการสอบถามเกี่ยวกับการสลับการทำกิจกรรม และบางกิจกรรมบันทึกได้ไม่ครบ ให้คำแนะนำและอธิบายวิธีการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 21)	แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลราชวิถี	<p>ติดตามอาการผู้ป่วย สอบถามอาการ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติตามโปรแกรม ใช้เวลา 60 นาที</p> <p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหาร</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p>
การประเมินผล		ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการบันทึก ผู้ป่วยแจ้งเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกได้ดีขึ้น

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		ทำให้รู้จักวางแผนมีการวางแผนกิจวัตรประจำวันเป็นขั้นตอน
สัปดาห์ที่ 4 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูระยะวิกฤตวันที่ 28)	ที่พักผู้ป่วย	<p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหารโทรศัพท์หรือโทรผ่านวีดิโอสอบถามอาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตามกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตามกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตามกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p>2. VDO call, โทรศัพท์สอบถามอาการ</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
การประเมินผล		ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมได้คล่อง ทำกิจกรรมต่างๆ ตามคู่มือ
สัปดาห์ที่ 5 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 35)	ที่พักผู้ป่วย	<p>กิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกทำการบริหาร VDO call, โทรศัพท์สอบถาม ใช้เวลา 15 นาที</p> <p><u>วันจันทร์</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การจัดการการเงิน การนับเลข ลบเลข บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันอังคาร</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน แยกและร้อยลูกปัด นับเลข ลบเลข คำตรงข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันพุธ</u> : การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ การมองภาพที่คุ้นเคย การฝึกใช้โทรศัพท์ นับเลข คำเหมือน คำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันพฤหัสบดี</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน จัดของใช้ในบ้าน นับเลข ลบเลข คำและสีที่แตกต่าง บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p> <p><u>วันศุกร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคย ฝึกต่อภาพปริศนา นับเลขลบเลข บอกคำขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนด บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน นาฬิกาบอกเวลา</p> <p><u>วันเสาร์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ ปิดตาดมกลืน ค้นหาคำผิด นับเลขลบเลข คำตรงกันข้าม บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน ปลายทางฝัน</p> <p><u>วันอาทิตย์</u>: การบริหารสมอง การนั่งสมาธิ มองภาพที่คุ้นเคยปริศนาอักษรไขว้ นับเลขลบเลข คำเหมือนคำคล้าย บันทึกอารมณ์ บันทึกประจำวัน วางแผนชีวิตประจำวัน รูปมหัศจรรย์</p>

สัปดาห์ที่	สถานที่	กิจกรรม
		2. โทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน
การประเมินผล		ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมได้คล่อง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามคู่มือ
สัปดาห์ที่ 6 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 42)	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล วชิรพยาบาล	กิจกรรมที่สอดคล้องกับการบันทึก ใช้เวลา 30 นาที ติดตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกเพื่อประเมินการกำกับการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก
การประเมินผล		ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมและมีการบันทึกการทำกิจกรรมได้ตามคำแนะนำ เฉลี่ยการบันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมได้มากกว่า 80% คือบันทึก 36-40 วัน
สัปดาห์ที่ 7 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤตวันที่ 49)	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล วชิรพยาบาล	กิจกรรม ใช้เวลา 30 นาที 1.ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินที่เตรียมไว้ 2.บันทึกผลการประเมินที่ได้ 3.กล่าวปิดสรุปโครงการ
การประเมินผล		ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและผลคะแนนการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแจ้งผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อเนื่องได้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัว จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รหัสโครงการ 043/63 COA เลขที่ 049/63 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการ

วิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน หัวหน้าผู้ป่วยนอก ได้แนะนำผู้วิจัยให้พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พร้อมให้คำแนะนำในการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

4. ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในด้าน อายุ เพศ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

5. หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามและขั้นตอนการวิจัยตลอดเวลา

6. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการโรงพยาบาลวชิรพยาบาลประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเกี่ยวกับการรับประทานยา และอาหาร การมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งผู้วิจัยได้นัดหมายพบผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในอีก 7 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนของการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ภายหลังจากที่ได้อนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รหัสโครงการ 043/63 COA เลขที่ 049/63 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิมีองค์ประกอบดังนี้

1. ก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป

2. การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา หากต้องการยกเลิกก่อนการสิ้นสุดการวิจัยและจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยต้องการทราบรายละเอียดของผลการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้รายละเอียดตามที่ต้องการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นหรือชี้แจงกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้

ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงในผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่มประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

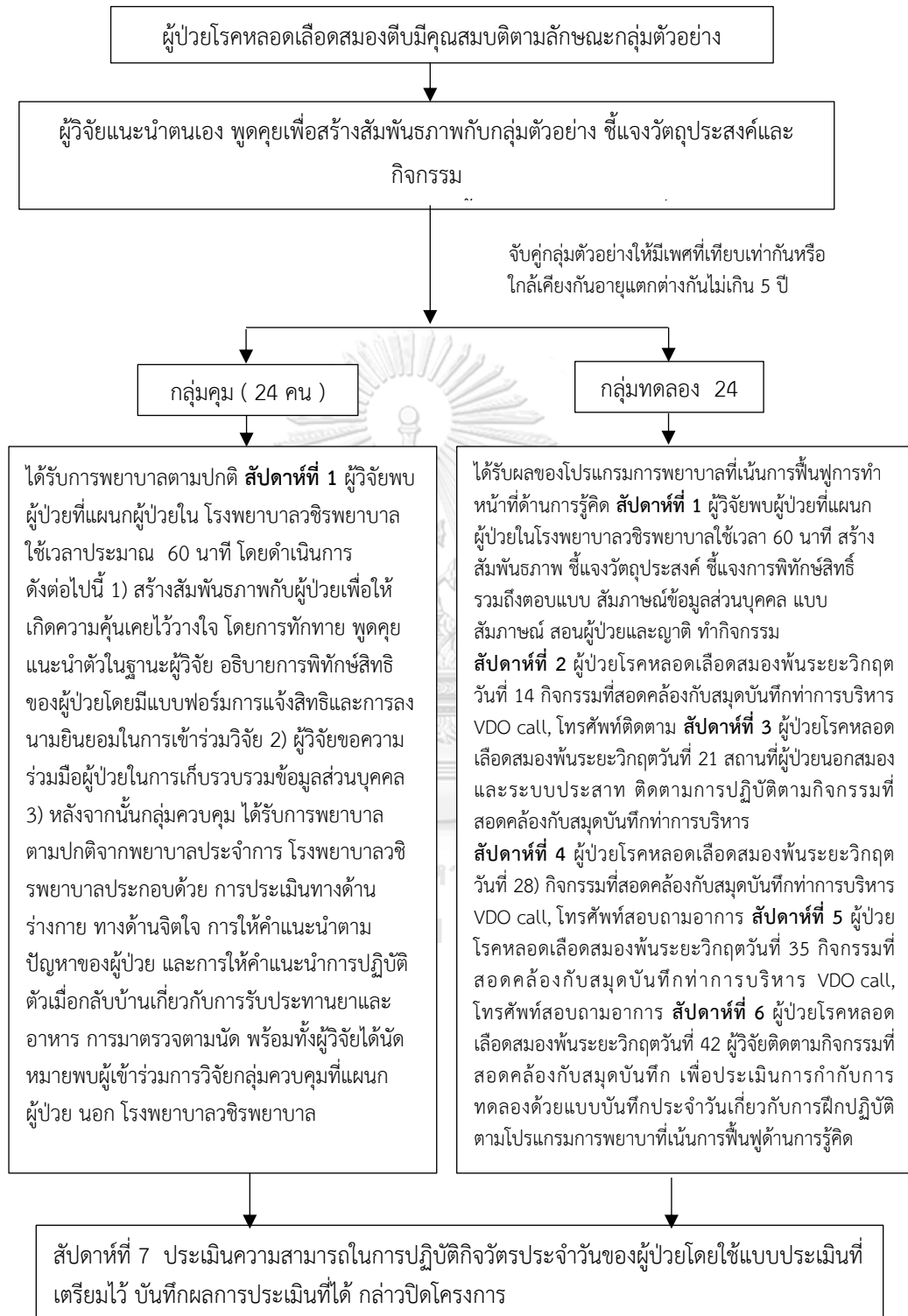
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (Statistical package for the social science for windows) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test.

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



รูปที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่มีความพิการของแขนขา โดยประเมินจากคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรค (NIHSS) 5 - 14 คะแนน มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 24 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 24 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบก่อนและหลังทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมของสมอง การวินิจฉัย และระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 24)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		รวมทั้งหมด (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	66.7	16	66.7	32	66.7
หญิง	8	33.3	8	33.3	16	33.3
อายุ						
35-39 ปี	4	16.7	4	16.7	8	16.7
40-44 ปี	5	20.8	4	16.7	9	18.7
45-49 ปี	2	8.3	5	20.8	7	14.6
50-54 ปี	5	20.8	3	12.5	8	16.7
55-59 ปี	8	33.3	8	33.3	16	33.3
สถานภาพสมรส						
โสด	5	20.8	4	16.7	9	18.8
สมรส	19	79.2	19	79.2	38	79.2
หย่า/แยก	-	-	1	4.2	1	2.0
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.2	1	4.2	2	4.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	45.8	15	62.5	26	54.2
ประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง	2	8.3	4	16.7	6	12.5
ปริญญาตรี	10	41.7	4	16.7	14	29.2

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมของสมอง การวินิจฉัย และระยะเวลาอนโรพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 24)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		รวมทั้งหมด (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 10,000 บาท	-	-	2	8.3	2	4.1
10,000 - 15,000 บาท	8	33.3	7	29.2	15	31.3
15,001 - 20,000 บาท	15	62.5	8	33.3	23	47.9
20,001 - 25,000 บาท	1	4.2	6	25.0	7	14.6
25,001 - 30,000 บาท	-	-	1	4.2	1	2.1
อาชีพ						
แม่บ้าน	3	12.5	2	8.2	5	10.4
รับจ้างทั่วไป	10	41.7	6	25.0	16	33.3
ค้าขาย	5	20.8	7	29.2	12	25.0
ขับรถรับจ้าง	3	12.5	8	33.3	11	22.9
พนักงานบริษัท	3	12.5	1	4.2	4	8.4
ความรุนแรงของโรค (NIHSS)						
NIHSS 5 คะแนน	22	91.7	22	91.7	44	91.7
NIHSS 6 คะแนน	2	8.3	2	8.3	4	8.3
ความเสื่อมของสมอง (TMSE)						
TMSE 26 คะแนน	10	41.7	9	37.5	19	39.6
TMSE 27 คะแนน	12	50.0	11	45.8	23	47.9
TMSE 28 คะแนน	2	8.3	4	16.7	6	12.4
การวินิจฉัย						
Fist stroke	22	91.7	22	91.7	44	91.7
Old stroke	2	8.3	2	8.3	4	8.3
ระยะเวลาอนโรพยาบาล (LOS)						
4 วัน	6	25.0	9	37.5	15	31.2
5 วัน	17	70.8	13	54.2	30	62.5
6 วัน	1	4.2	2	8.3	3	6.3

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 55-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 79.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ที่ 5 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 91.7 คะแนนคัดกรองความเสี่ยงของสมองส่วนใหญ่อยู่ที่ 27 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบครั้งแรกร้อยละ 91.7 และระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วันคิดเป็นร้อยละ 70.8

ส่วนในกลุ่มทดลอง เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 79.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ที่ 5 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 91.7 คะแนนคัดกรองความเสี่ยงของสมองส่วนใหญ่อยู่ที่ 27 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 45.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบครั้งแรกร้อยละ 91.7 และระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วันคิดเป็นร้อยละ 54.2



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบก่อนและหลังทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบก่อนและหลังทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 48) โดยใช้สถิติ
Paired t-test

ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 24)					
หลังการทดลอง	121.21	2.06	23	19.12	.000
ก่อนการทดลอง	110.46	3.11			
กลุ่มทดลอง (n = 24)					
หลังการทดลอง	123.67	0.96	23	29.44	.000
ก่อนการทดลอง	109.79	2.04			

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเท่ากับ 110.46 (SD 3.11) และหลังการทดลองเท่ากับ 121.24
(SD 2.06) เมื่อเปรียบเทียบโดยการ ใช้สถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -19.12, df = 23, p = .000) ในส่วนของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเท่ากับ 109.79 (SD 2.04) และ
หลังการทดลองเท่ากับ 123.67 (SD 0.96) เมื่อเปรียบเทียบโดยการ ใช้สถิติ Paired t-test พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่ม
ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 29.44, df = 23, p =
.000)

โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบสูงกว่าก่อนการทดลอง นั่นคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบภายหลังการทดลองมี
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มทดลอง
ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent
t-test (n = 48)

ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	109.79	2.04	46	0.87	.387
กลุ่มควบคุม (n = 24)	110.46	3.10			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	123.66	0.96	46	5.28	.000
กลุ่มควบคุม (n = 24)	121.21	2.06			

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มทดลองเท่ากับ 109.79 (SD = 2.04) กลุ่มควบคุม
เท่ากับ 110.46 (SD = 3.10) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการ
ทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมไม่แตกต่างกัน (t = 0.89, df = 46, p = .387) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเท่ากับ 123.66 (SD 0.96) กลุ่มควบคุม
เท่ากับ 121.21 (SD 2.06) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการ
ทดลองคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.28, df = 46, p = .000) โดยกลุ่มทดลองมี
คะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบสูงกว่า
กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้าน

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 48)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
1.ด้านการดูแลตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	37.96	1.12	46	1.05	1.0
กลุ่มควบคุม (n = 24)	38.33	1.34			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	41.96	0.20			
กลุ่มควบคุม (n = 24)	41.96	0.20			
2.การควบคุมการขับถ่าย					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	12.08	0.28	23	1.44	.15
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.00	0.00			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	14.0	0.00			
กลุ่มควบคุม (n = 24)	14.0	0.00			
3.การเคลื่อนไหวร่างกาย					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	18.13	0.67	46	.81	.422
กลุ่มควบคุม (n = 24)	18.25	0.33			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	20.92	0.282	46	.86	.394
กลุ่มควบคุม (n = 24)	20.83	0.381			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	SD	df	t	p-value
4.การเคลื่อนที่					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	12.04	0.204	46	.00	1.0
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.04	0.204			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	13.21	0.50	46	1.0	.319
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.75	2.17			
5.การสื่อสาร					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	12.0	0.29	46	0.44	.662
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.04	0.35			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	13.00	0.417	46	2.290	.027
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.70	0.464			
6.การรับรู้ทางสังคม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	18.0	0.00			
กลุ่มควบคุม (n = 24)	18.0	0.00			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	20.42	0.57	46	7.009	.000
กลุ่มควบคุม (n = 24)	17.71	1.04			

จากตารางที่ 5 พบว่า ด้านการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 37.95(SD = 1.12) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 38.33 (SD = 1.34) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการดูแลตนเอง ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (t = 1.05, df = 46, p = 1.0)

ด้านการควบคุมการขับถ่าย ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.08 (SD = 0.28) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.00 (SD = 0.00) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการควบคุมการขับถ่าย ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (t = 1.44, df = 23, p = .15)

ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 18.13 (SD = 0.67) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 18.25 (SD=0.33) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = 0.81, df = 46, p = .422$)

ด้านการเคลื่อนไหวที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.04 (SD = 0.204) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.04 (SD = 0.204) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการเคลื่อนไหวที่ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = 0.00, df = 46, p = 1.0$)

ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.00 (SD = 0.29) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.04 (SD = 0.204) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการสื่อสาร ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = 0.44, df = 46, p = .662$)

ด้านการรับรู้ทางสังคม ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 18.00 (SD = 0.00) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 18.00 (SD = 0.00) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ทางสังคม ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลองพบว่า ด้านการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 41.96 (SD=0.20) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 41.96 (SD 0.20) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการดูแลตนเอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ด้านการควบคุมการขับถ่าย ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.00 (SD =0.00) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.00 (SD 0.00) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการควบคุมการขับถ่าย ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 20.92 (SD =0.28) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.83 (SD= 0.38) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ด้านการเคลื่อนไหวที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.21 (SD =0.50) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.75 (SD= 2.17) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเคลื่อนไหวที่ ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.00 (SD =0.41) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.70 (SD= 0.46) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการสื่อสารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ($t = 2.29, df = 46, p = .02$)

ด้านการรับรู้ทางสังคม ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 20.42 (SD =0.57) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 17.71 (SD= 1.04) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 7.00, df = 46, p = .00$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

(Pretest-posttest with nonrandom control group design)

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 35-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ไม่มี ความพิการของแขนขา โดยประเมินจากคะแนนความรุนแรงของของโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรค (NIHSS) 5 –14 คะแนน มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 22 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test.

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 55 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 79.2 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 45.8 มีรายได้เฉลี่ยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนในกลุ่มทดลองเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 55 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 79.2 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 62.5 มีรายได้เฉลี่ยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3

1. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 29.44$, $df = 23$, $p = .000$) เมื่อคิดคะแนนรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการสื่อสารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 2.29$, $df = 46$, $p = .02$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการรับรู้ทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 7.00$, $df = 46$, $p = .00$)

เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของการพยาบาลของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) เป็นการกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการ 4) การปฏิบัติตามโปรแกรม 5) การประเมินผลการพยาบาล มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (Zucchella et al, 2014; รักรุทัย คันที, 2559) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการบริหารสมองซึ่งเป็นการกระตุ้นการรู้คิด เป็นการบูรณาการของสมองร่วมกับการเคลื่อนไหวสมองทุกส่วน ทำให้สมองทำงานได้ดีขึ้น ช่วยฝึกให้สมองมีสมาธิ เปิดสมองต่อการรับรู้สมอง อารมณ์ดี เพราะคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นเบตาเป็นคลื่นแอลฟา ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุขพัชรา ชุ่มเจริญ, 2556) มีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดย การโทรศัพท์ติดตามที่บ้านโดยผ่านวิดีโอ ทบทวนการฝึกปฏิบัติพร้อมให้มีการจดบันทึกแต่ละกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามโปรแกรมที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่วินิจฉัยแรก ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมอง เกิดการงอกของเซลล์ประสาทเปลี่ยนโครงสร้างเกิดการส่งกระแสประสาททำให้การทำงานของระบบประสาทประสานงานกันดีเป็นอย่างไร ส่งผลต่อการรู้คิดได้เร็วขึ้น (Chapman, 2015) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการเก็บข้อมูลและค้นหาปัญหา รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษ พุดคุยกับพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยพยาบาลแนะนำตนเอง สอบถามอาการเพื่อประเมินการรู้คิดและเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสถานที่ที่เหมาะสม เป็นส่วนตัว พุดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ตรวจร่างกาย ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สังเกตอาการต่าง ๆ รวมถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา ประวัติการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะมีทั้ง Subjective Data คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก และ Objective Data เป็นข้อมูลที่วัดได้จากการมองเห็น ได้ยิน สังเกต บันทึกข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นหลักฐานลงในแฟ้มข้อมูลอย่างชัดเจนสรุปปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1) นำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป็นปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน พุดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย รวมถึงแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา 3. การวางแผนการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1) หลังจากได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วนของปัญหา และเขียนแผนการพยาบาล โดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล ซึ่งผู้ป่วยบางรายปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจุบันจะแตกต่างกันไปตามพยาธิ

สภาพของโรค ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพร่องการรู้คิดและส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีแผนการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยวางแผน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟูการสร้างโปรแกรมการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน เตรียมวีดิทัศน์ สมุดบันทึกต่าง ๆ เพื่อสอนและแนะนำในการใช้กิจกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู การสร้างโปรแกรมการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน

กิจกรรมที่ 1 การสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด แจงระยะเวลาปฏิบัติและการเก็บข้อมูล แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย และสอนทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นการรู้คิด เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหว เพื่อการบริหารร่างกาย ทำให้การบูรณาการของสมองร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน ทำให้สมองทำงานได้ดียิ่งขึ้น ช่วยฝึกให้สมองมีสมาธิ เปิดสมองต่อการรับรู้สมอง อารมณ์ดี เพราะคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นเบตาเป็นคลื่นแอลฟา ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุขพัชรา ชัมเจริญ, 2556) รวมถึงการผสมผสานกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1. การบริหารการรู้คิดด้านความตั้งใจและสมาธิ 1) การบริหาร นวดบริเวณไหล่ปลาร้า การนวดปุ่มสมองบริเวณขมับ การนวดกหนู การนวดใบหู การทำท่าจับแอล ท่าโป่งก้อย การนับนิ้วมือ 1 - 10 การนับ 2-2 การแตะจมูก จับใบหู การคลายสมอง โดยการใช้มือทำท่าละ 10 ครั้ง ทั้งหมด 10 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน 2) การฝึกนั่งสมาธิ แนะนำวิธีการนั่งสมาธิโดยการให้ผู้ป่วยฝึกการพักสความคิดมาที่ลมหายใจเข้าและออกใช้เวลา 15 นาที

2. การบริหารการรู้คิดด้านความจำ ได้แก่ 1) การมองภาพ โดยการให้ผู้ป่วยมองภาพในอดีตที่คุ้นเคย ให้ดูภาพบุคคลสำคัญ สถานที่ท่องเที่ยวที่นิยม จำนวน 20 ภาพ วิธีการดำเนินการ คือ ให้ผู้ป่วยมองภาพแล้วบอกชื่อ และแยกเพศของบุคคลในภาพ บอกชื่อสถานที่ในภาพ แล้วบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประจำวัน ใช้เวลา 10 นาที 2) ปิดตาตมกลืนสมุนไพร ให้ตมกลืน ตะไคร้ ใบมะกรูด ขมิ้น ใบเตย ให้ผู้ป่วยระบุว่าเป็นกลิ่นของอะไร ใช้ระยะเวลา 10 นาที

3. การบริหารการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ 1) การจัดการการเงิน การนับเงิน เช่น ธนบัตร 1,000 บาท 500 บาท 100 บาท 50 และ 20 บาท และเหรียญชนิดต่าง ๆ วางบนโต๊ะ และให้ผู้ป่วยแยกประเภทเงิน และนับจำนวนเงินทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าไร โดยจำลองเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยมีการจ่ายเงินที่ร้านสะดวกซื้อ เพื่อซื้อของจำนวน 500 บาท และให้ผู้ป่วยฝึกการจ่ายเงิน ใช้ระยะเวลา 20 นาที และ 2) เกมส้แยกและร้อยลูกปัดเตรียมลูกปัดหลากสี รวมกันในตะกร้า 1 ใบ และให้ผู้ป่วยแยกลูกปัดที่มีขนาดเหมือนกัน สีเหมือนกัน ไว้ในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยใช้เวลา 20 นาที และฝึกร้อยลูกปัดเป็นสร้อยข้อมือ 3) การฝึกการใช้โทรศัพท์ ให้ค้นหาเบอร์โทรศัพท์ที่กำหนด แยกเบอร์มือถือ เบอร์บ้าน เบอร์ต่างประเทศ โทรศัพท์ไปหาลูก สามี ภรรยา ญาติ และโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล สถานีตำรวจ สถานีดับเพลิง อุปกรณ์ประกอบด้วย สมุดโทรศัพท์ 1 เล่ม ผู้ป่วยฝึกตามใช้ระยะเวลา

20 นาที 4) เกมส์การจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นหมวดหมู่โดยพยาบาลจัดเตรียมโมเดลอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น อุปกรณ์ในห้องครัว อุปกรณ์ในห้องน้ำ อุปกรณ์ในห้องรับแขก อุปกรณ์ในห้องนอน เป็นต้น และให้ผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เหล่านั้น ซึ่งถูกวางคละกันในกล่องใช้ระยะเวลา 20 นาที 5) การฝึกต่อภาพปริศนา เตรียมภาพจิ๊กซอว์ปริศนาวางบนโต๊ะกิจกรรม และอธิบายการเล่นเกมส์ต่อภาพและสาธิตให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่างก่อนให้ผู้ป่วยฝึกต่อภาพเองใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 6) การค้นหาคำผิดหรือคำที่ไม่เหมือนกับคำอื่น ๆ โดยให้ผู้ป่วยวงกลมล้อมรอบคำที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมือนคำอื่น ๆ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที 7) ปริศนาอักษรไขว้ ให้ผู้ป่วยค้นหาคำศัพท์เริ่มจากง่ายไปหายาก เพื่อกระตุ้นการคิด โดยเริ่มจากคำที่ง่ายก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มความยากขึ้นเรื่อย ๆ ใช้เวลา 20 นาที

4. การบริหารการรู้คิดด้านการคำนวณ (calculation) ; ฝึกนับเลขและบวกลบตามเอกสารที่ให้ ฝึกให้ลบเลข 100 ด้วย 7 ไปเรื่อย ๆ 4 ครั้ง ใช้เวลาทำ 15 นาที

5. การบริหารการรู้คิดด้านการใช้ภาษา 1) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยอักษรที่กำหนดให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนดให้ได้มากที่สุดฝึก 10 นาที 2) ให้บอกคำตรงข้าม เช่น ดำกับขาว ยาวกับสั้น ฝึกครั้งละ 10 นาที 3) คำเหมือนคำคล้าย ให้ผู้ป่วยบอกคำที่คล้าย เช่น เล็กกับน้อย ฝึกครั้งละ 10 นาที 4) คำและสีที่แตกต่าง ให้ผู้ป่วยดูคำ และสอบถามว่าคำที่เห็นเป็นสีอะไร

6. การบริหารการรู้คิดด้านความรู้สึกตัว (consciousness) และความตื่นตัว (alertness) ได้แก่ กิจกรรม 1) การบันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข กลัว โกรธ เศร้าให้บันทึกอารมณ์ขณะนั้น เพื่อให้รู้สึกตัวและรู้ตัวเอง รวมถึงได้แก้ไขอารมณ์ ณ เวลานั้น ๆ ได้บันทึกทุกวัน 15 นาที 2) เขียนบันทึกประจำวัน ชี้แจงให้ผู้ป่วยบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์และการปฏิบัติประจำวันที่ผ่านมา 10 นาที 3) การวางแผนประจำวัน (Daily planning) ชี้แจงให้วางแผนชีวิตประจำวันใน 1 วันให้ผู้ป่วย โดยมีการแบ่งระยะเวลา และกิจกรรมที่ต้องกระทำในช่วงระยะเวลานั้น ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ อธิบายการใช้ตารางและให้ผู้ป่วยวางแผนกิจกรรมประจำวันสำหรับวันพรุ่งนี้ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15 นาที

7. การบริหารการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ 1) รูปมหัศจรรย์ คือ ให้คัดลอกรูปภาพที่เหมือนกับที่เตรียมไว้ให้ ได้แก่ รูปลูกบาศก์ รูปสี่เหลี่ยมซ้อนกัน รูปสามเหลี่ยมให้เหมือนมากที่สุดใช้เวลา 10 นาที 2) เวลามหาสนุก ให้เขียนรูปนาฬิกาเขียนบอกเวลาตามที่บอก ใช้เวลา 10 นาที 3) ปลายทางฝัน โดยให้ลากเส้นให้ถึงจุดหมายปลายทางตามรูปที่กำหนด เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของการทำงานของสมอง ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาล ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 – 5 ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยโทรศัพท์หรือโทรผ่านวิดีโอสอบถามอาการที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับสมุดบันทึกเพื่อประเมินการกำกักับการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที

5. กิจกรรมเกี่ยวกับการประเมินผลการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 7) คือ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยไปติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการโทรสอบถามอาการ การโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน เพื่อประเมินการรับรู้ความเข้าใจ เปิดให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยจากการที่ได้ฝึกปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเอง ทบทวนทักษะที่ผู้ป่วยยังขาดความเชื่อมั่นหรือยังทำไม่ได้ตามแผนจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ และกล่าวให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.28$, $df = 46$, $p = .000$)

เนื่องจาก กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของการพยาบาลของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) ร่วมกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการฟื้นฟูด้านการรู้คิดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นระยะสั้น ระยะยาว การปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้าน การปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผ่านสื่อการเรียนรู้อัดเสียง แผนการสอน คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ วิดีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ การเปิดสื่อการสอนให้ดูเกี่ยวกับอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง ผลดีของการปฏิบัติตามโปรแกรมที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 2 การโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน เพื่อสอบถามอาการและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัย อีกทั้งผู้วิจัยมีการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง และพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ จากการติดตามประเมินผล พบว่ากลุ่มทดลองมีความสนใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเนื่องจากมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทำให้ได้คิดและทำสิ่งต่างๆ มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยการออกกำลังกายสมองเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด นั่งสมาธิเพื่อให้มีการวางแผนการทำกิจกรรมต่อ มีการฝึกดมกลิ่นสมุนไพรเพื่อกระตุ้นประสาทรับรู้ มีการฝึกการรู้คิดกระตุ้นให้ทำกิจกรรมตลอดและสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ผ่านหลายช่องทางได้แก่โทรสอบถามเมื่อเกิดข้อสงสัย ซักถามผ่านไลน์ ส่งผลให้มีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและมีความมั่นใจ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดีขึ้น สัปดาห์ที่ 3 ประเมินอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว สัปดาห์ที่ 4, 5 ปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รักษุทัย คันทิ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โดยให้โปรแกรม 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองพัฒนาด้านความคิดความเข้าใจทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้วันเวลา สถานที่ ความสนใจจดจ่อ ความจำ และบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .05) และการศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี โดยใช้โปรแกรมการรู้คิดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูเบศร์ นภัทรพิทยากร (2559) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบนิวโรบิคต่อการรู้คิดและซีรัมบีเอ็นเอพีในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติและบกพร่องเล็กน้อย โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรู้คิด โดยระลึกทันที ความจำระยะใกล้ได้ภายหลัง ด้านสมาธิ ด้านการเอาใจใส่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ได้นาน ด้านการทำงานของสมองระดับสูง การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ความสามารถในการตัดสินใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) นอกจากนี้ Skidmore et al. (2017) ศึกษาโปรแกรมฝึกการรู้คิดด้านการบริหารจัดการโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้สูงอายุ ใช้การแก้ปัญหาโดยการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามผลหลังจำหน่าย 3, 6, 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลและโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูด้านการรู้คิดมาประยุกต์ใช้ในกรณีดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำรวมถึงสอนโปรแกรมให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อนำไปฝึกเพื่อฟื้นฟูด้านการรู้คิดส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเกิดภาวะสุขภาพที่ดี ลดการกลับกำเริบ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและมีการติดตามผลในระยะยาว 3 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การรู้คิดดีขึ้น ทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กณิฐา ต๋วยตา, พัชรพร เกิดมงคล , ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 31*(ฉบับพิเศษ), 27-42.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2560). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอล.ที.เพรส.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE). *สารศิริราช, 45*(6), 359-374.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ในสมศักดิ์ เทียมเก่า กาญจนศรี สิงห์ ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไตร: คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
- ชนิดา ไวยสุตรา และ ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30*(1), 84-95.
- ชวลี แยมวงษ์. (2538). *ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาล ตามทฤษฎีของโอเร็ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์ (2542). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ รามาธิบดี* . กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นพวรรณ ฝ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นลินี พุศันธภักและ สายสมร บริสุทธิ์ . (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป . กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และ พชรวุฒิ กาญจนนาคินทร์. (2545). แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ : วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ,3(1), 21-32.
- นันทิกา ทวิชาชาติ.(2551). ออกกำลังสมองก่อนสมองจะเสื่อม.[ออนไลน์] สืบค้น. 12 มิถุนายน 2563 , จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9510000063069>.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2543). โรคหลอดเลือดสมอง: ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา. ใน วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุกรรม*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2556). Ischemic Stroke ภาวะสมองขาดเลือด. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ธีรธร พูลเกษ , กนกวรรณ บุญญพิสิฐ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, *ตำราประสาทวิทยาคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์.(2545). อัมพาตครึ่งซีก :ท่านสามารถช่วยเขาได้ .กรุงเทพมหานคร: เอมีเทรตติ้ง
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์ .(2551).การศึกษาความรู้การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*,13(7),807-818.
- เบญจมาศ สุขสถิต และ ผดุงธรรม เทียงบูรณธรรม. (2560). ภาวะพุทธิปัญญาพร่องเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ความชุก ลักษณะเฉพาะและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 44(1), 149-160.
- ประไพพรรณ จิรินธร. (2547). *การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน*. ในสุภาณี เสนาติสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 11 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:บริษัทจุดทอง จำกัด.

- ปิยะวรรณ เขียวระนะกุล. (2555). *การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรีสิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไทร. คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7 .ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7*
- พรภัทร ธรรมโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพมหานคร: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.*
- พรศิริ พันธสี. (2552). *กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร.*
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2522). *การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองการพิมพ์.*
- เพ็ญศรี ระเบียบ. (2527). *กระบวนการพยาบาล. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 , 19-30.*
- พาริตา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.*
- พาริตา อิบราฮิม. (2542). *ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาสาขาการพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล.*
- ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร. (2559). *ผลของการออกกำลังกายแบบนิวโรบิกต่อการรู้คิดและซีรัมบีดีเอ็นเอฟในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- มนันชยา กองเมืองปัก, กรุณา ชูกิจ และ ศรัณยา โขสิตะมงคล. (2560). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล . กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล นิยมวิทยา.*
- ราตรี สุดทรวง และ วีรชัย สิงหนิยม. (2545). *ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- [ราชวิทยาลัยแพทยวิทยาศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. \(2545\). แนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง\[ออนไลน์\] สืบค้น. 15มิถุนายน 2563,จาก http://rehabmed.or.th/royal/rc_thai/trcenter/trcenter_l.htm.](http://rehabmed.or.th/royal/rc_thai/trcenter/trcenter_l.htm)
- รักฤทัย คันธี, จันัญญา ปัญญา มีทิพย์พะยอม และ พีรยา มั่นเขตวิทย์. (2559). *ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 49(3), 298-306.*

- วาสนา มุลฐี , สุปรีดา มั่นคง และ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1). 95-110
- วราภรณ์ คำรศ และทศพร เอกปรีชากุล. (2562). โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(5), 473 – 487.
- สถาบันประสาทวิทยา.(2549). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน* .กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559).*แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพรส จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2562). ประกาศสภาการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562, [ออนไลน์] สืบค้น. 1มิถุนายน 2563,จาก https://oer.learn.in.th/search_detail/result/130757
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ , สิริวรรณ อนันตโชค และ กฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .(2560). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2563).สถิติจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน) ปี พ.ศ. 2559-2562. [ออนไลน์] สืบค้น. 1มิถุนายน 2563 ,จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- สุกัญญา ทองบุผา และ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). โปรแกรมการฝึกทักษะการบริหารจัดการจัดการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รื่องการการรู้คิด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2),124-131.
- สุขพัชรา ชัมเจริญ. (2556). *การบริหารสมองชะลอความเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และ วิพร เสนารักษ์. (2538). *กระบวนการทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุจิตรา มหาสุข. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชคอาทิ และ อาทิตยา สุวรรณ (2559). *ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม*. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 145-158.
- อวยพร จงสกุล, ศิริพร สีสันต์และกัญญา เลียนเครือ.(2563). *รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา*. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3) .454-471.
- หทัยชนก พูลเลิศ, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และยงชัย นิละนนท์. (2563). *ผลของโปรแกรมฝึกการบริหารจัดการต่อความสามารถของการรู้คิดในผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง*. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3),50-62.
- อรฉัตร โตทยานนท์. (2539). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน เสก อักษรานุเคราะห์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพมหานคร: เทคนิคการพิมพ์.
- อรฉัตร โตทยานนท์. (2544). *Stroke rehabilitation ในนิพนธ์ พวงวรินทร์ โรคหลอดเลือดสมอง* กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อังคณา พรประไพ .(2559). *การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5).921-926.

ภาษาอังกฤษ

- Adeoye, O., Nyström, K. V., Yavagal, D. R., Luciano, J., Nogueira, R. G., Zorowitz, R. D., . . . Jauch, E. C. (2019). Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: A 2019 Update. *Stroke*, 50(7), e187-e210.
doi:doi:10.1161/STR.000000000000173
- Arsic, S., Eminovic, F., Konstantinovic, L., Pavlovic, D., Kljajic, D., & Despotovic, M. . . (2015). orrelation between functional independence and quality of executive

- functions in stroke patients. . *CTurkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(4), 333-3338.
- Bruns, G. (2019). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice 7th Edition*.
- Caleb Ademola Gbiri, Aderonke O. Akinpelu, Adesola Ogunniyi, Abiodun E. Akinwuntan, & Staden', W. V. (2015). Clinical predictors of functional recovery at six months post stroke *Asian Journal of Medical Sciences* |, 6(1).
- Chapman, S. B., Aslan, S., Spence, J. S., Hart, J. J., Jr., Bartz, E. K., Didehbani, N., . . . Lu, H. (2015). Neural mechanisms of brain plasticity with complex cognitive training in healthy seniors. *Cereb Cortex*, 25(2), 396-405. doi:10.1093/cercor/bht234
- Cordell, C. B., Borson, S., Boustani, M., Chodosh, J., Reuben, D., Verghese, J., . . . Medicare Detection of Cognitive Impairment, W. (2013). Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimers Dement*, 9(2), 141-150. doi:10.1016/j.jalz.2012.09.011
- Elloker, T., & Rhoda, A. J. (2018). The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review. *Afr J Disabil*, 7, 357. doi:10.4102/ajod.v7i0.357
- Gbiri, C., Oa, A., Ogunniyi, A., Van Staden, C., & Akinwuntan, A. (2014). *Clinical predictors of functional recovery at six month post-stroke* (Vol. 6).
- Jeong, H., Han, S. J., Jang, S. J., & Lee, J. E. (2018). Factors Affecting Activities of Daily Living in Severely Disabled Stroke Patients. *Brain & Neurorehabilitation*, 11(2).
- Kelly-Hayes, M., Wolf, P. A., Kase, C. S., Gresham, G. E., Kannel, W. B., & D'Agostino, R. B. (1989). Time course of functional recovery after stroke: the Framingham study. *Journal of Neurologic Rehabilitation*, 3(2), 65-70.
- Li, S., Zhao, X., Wang, C., Liu, L., Liu, G., Wang, Y., . . . Wang, Y. J. (2013). Risk factors for poor outcome and mortality at 3 months after the ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 22(8), e419-425. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.04.025
- Mahoney, F. I. a. B., D. (1965). Functional Evaluation The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*,, 14, 56-61.

- Mohd Zulkifly, M. F., Ghazali, S. E., Che Din, N., Singh, D. K. A., & Subramaniam, P. (2016). A Review of Risk Factors for Cognitive Impairment in Stroke Survivors. *The Scientific World Journal*, 2016, 3456943. doi:10.1155/2016/3456943
- Polit, D. a. H. (1999). *Nursing Research: Principle and Method*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., . . . American Heart Association Stroke, C. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. doi:10.1161/STR.0000000000000158
- Rostamian, S., Mahinrad, S., Stijnen, T., Sabayan, B., & De Craen, A. J. (2014). Cognitive impairment and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Stroke*, 45(5), 1342-1348.
- Shuya Li, Xingquan Zhao, Chunxue Wang, Liping Liu, Gaifen Liu, Yilong Wang, . . . Jing Jing. (2013). Risk Factors for Poor Outcome and Mortality at 3 Months after the Ischemic Stroke in Patients with Atrial Fibrillation. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 22(8), 419-425.
- Skidmore, E. R., Butters, M., Whyte, E., Grattan, E., Shen, J., & Terhorst, L. (2017). Guided Training Relative to Direct Skill Training for Individuals With Cognitive Impairments After Stroke: A Pilot Randomized Trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(4), 673-680. doi:10.1016/j.apmr.2016.10.004
- Sun, J. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Ann Transl Med*, 2(8), 80. doi:10.3978/j.issn.2305-5839.2014.08.05
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke*, 16(1), 1-7. doi:10.5853/jos.2014.16.1.1
- Uniform data System for Medical rehabilitaion (1987). *The functional Assessment specialists : The TIM System CLinical Guide* The state University of New York: New York.
- Wade, D. T. (2012). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. In: BMJ Publishing Group Ltd.

- Wade, D. T., & Hewer, R. L. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 50(2), 177-182.
- World Stroke Organization. (2020). World Stroke Campaign. Retrieved from <http://www.world-stroke.org>
- Yura, H. a. W. (1983). *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. Connecticut.: Prentice-Hall, Inc.
- Zucchella, C., Capone, A., Codella, V., Vecchione, C., Buccino, G., Sandrini, G., . . . Bartolo, M. (2014). Assessing and restoring cognitive functions early after stroke. *Funct Neurol*, 29(4), 255-262.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. นพ.วรุฒม์ สุทธิคะเนิง	แพทย์อายุรศาสตร์โรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
2. พญ.สุภาวดี ศุภผล	แพทย์ประจำศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.เวชธานี
3. นางธัญพิมล เกณสาคุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วย Stroke Unit สถาบันประสาทวิทยา
4. น.ส.พรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภา สกุล	ปัจจุบันนักวิชาการอิสระ อดีตอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ อว 64.11/ 1795



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 ธันวาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ วรุฒม์ สุทธิคณิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ โทร. 06-4359-6289

ที่ อว 64.11/ 1788



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒3 ธันวาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน แพทย์หญิง สุภาวดี ศุภผล

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

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ โทร. 06-4359-6289

ที่ อว 64.11/ 1789



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 ธันวาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางธัญพิมล เกณสาคุ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางธัญพิมล เกณสาคุ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ โทร. 06-4359-6289



ที่ อว 64.11/ 1786

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ ธันวาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ โทร. 06-4359-6289

ภาคผนวก ข
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ฝ่ายวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 92680

ที่ อว 78.071/Eจ313/2563
วันที่ 17 มกราคม 2563
เรื่อง ขออนุญาตวิเคราะห์พิจารณาการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ของ น.ส.สุจิตตรา สาขานาญ
(บุคคลภายนอกคณะฯ)
เรียน หัวหน้าก.อายุรศาสตร์

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตวิเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตตราสาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าใช้เครื่องมือวิจัยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ จากงานการวิจัย เรื่องแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” นั้น

ในการนี้ ฝ่ายวิจัย จึงใคร่ขออนุญาตวิเคราะห์จากท่านเพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยฯในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของท่าน พร้อมทั้งโปรดพิจารณาให้ความเห็นและแจ้งกลับมายังฝ่ายวิจัยภายในวันที่ 30 มกราคม 2563 (รายละเอียดตั้งเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ประเสริฐ เอื้อวรากุล
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประเสริฐ เอื้อวรากุล)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ร่าง น.ส. พนิดา รัตนสมบูรณ์
ตรวจสอบ น.ส. อุสา พิโน

ลำดับการลงนาม ที่ อว 78.071/Eวจ313/2563 วันที่ 17/01/2563
 โดย น.ส. อุสา ทิโน หัวหน้างานธุรการและสนับสนุน(ฝ่ายวิจัย)
 เห็นควรเสนอลงนาม

ความคิดเห็น

17 มกราคม 2563 11:34:08

ลำดับการลงนาม ที่ อว 78.071/Eวจ313/2563 วันที่ 17/01/2563
 โดย ศ. ดร. นพ. ประเสริฐ เอื้อวรากุล รองคณบดีฝ่ายวิจัย
 อนุมัติ

ความคิดเห็น

17 มกราคม 2563 13:36:33

ลำดับการลงนาม ที่ อว 78.071/Eวจ313/2563 วันที่ 17/01/2563
 โดย น.ส. บัณฑิต มงคลธง ธุรการด้านเอกสาร.อายุรศาสตร์
 ขอพิจารณา
 2563/E452

ความคิดเห็น

18 มกราคม 2563 11:49:17

ลำดับการลงนาม ที่ อว 78.071/Eวจ313/2563 วันที่ 17/01/2563
 โดย รศ. นพ. ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล หัวหน้า.อายุรศาสตร์
 อนุมัติ

ความคิดเห็น

18 มกราคม 2563 12:32:15

ลำดับการลงนาม ที่ อว 78.071/Eวจ313/2563 วันที่ 17/01/2563
 โดย รศ. พญ. กนกวรรณ บุญญพิสิฏฐ์ หัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา
 จบการทำงาน

ความคิดเห็น
 กรุณาแจ้ง อาจารย์วรพรรณ

24 มกราคม 2563 10:44:26



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ฝ่ายวิจัย

2 ถนนวิภาวดีรังสิต บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 02-4192680

ที่ อว 78.07/00752

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์เข้าใช้เครื่องมือวิจัย ของ น.ส.สุจิตตรา สาขานาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้าง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว 64.11/1797 ลงวันที่ 23 ธันวาคม

ถึง 2562

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตตราสาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าใช้เครื่องมือวิจัยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ จากงานการวิจัย เรื่องแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” ความละเอียดดังกล่าวแล้ว

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางสาวสุจิตตราสาขานาญ เข้าใช้เครื่องมือวิจัยได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มาทั้งนี้ในส่วนขอรายละเอียดขอให้ประสานงานโดยตรงได้ที่ สาขาวิชาประสาทวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์ โทร.02419 7101-2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ประสิทธิ์ วัฒนภา

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนภา)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

License FIM

Ask for your permission to use the tool

Maczka, Robin <rmaczka@udsmr.org>

Thu 5/6/2021 6:56 PM

To: Sujittra Sachamnan <6077329036@student.chula.ac.th>

Cc: sujittra.s@vejthani.com <sujittra.s@vejthani.com>; Blakeslee, Doug <Dblakeslee@udsmr.org>

📎 2 attachments (5 MB)

Chulalongkorn Univ Intl FIM Research License Agreement 2021 - FINAL.pdf; FIM Clinical Guide 5.2.1 (research).pdf;

Good morning Sujittra,

I hope this email finds you well. I have attached a copy of the fully executed FIM® Research License Agreement and the FIM® Clinical Guide 5.2.1.

You will received 1 FIM® Mastery Test Code from our Credentialing Department, via email.

If you have any questions or comments, feel free to contact our office.

Sincerely,



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม(Thai Mental State Examination:TMSE)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

4.1 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.2 แผนการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE)

แบบทดสอบ TMSE

ชื่อ.....สกุล.....วันที่ประเมิน.....

TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question Point

1. Orientation (6 คะแนน)

วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
ที่ไหน	1
ใคร (คนในภาพ)	1

2. Registration (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม

ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
-------------------	---

3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์

ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5
----------------------------------	---

4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง

100 93 86 79	3
--------------	---

5. Language (10 คะแนน)

5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2
--	---

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างเขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย () อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา

() ระดับประถมศึกษา	() ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	() ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
() ระดับปริญญาตรี	() สูงกว่าปริญญาตรี	() ระดับอนุปริญญา
() ไม่ได้รับการศึกษา	() อื่นๆ	
6. อาชีพ

() รับจ้างทั่วไป	() เกษตรกร	() ข้าราชการบำนาญ /วิสาหกิจ
() แม่บ้าน/พ่อบ้าน	() ค้าขาย	() อื่น ๆ.....
7. โรคประจำตัวที่พบ

() ความดัน	() เบาหวาน	() ไขมันสูง
() หัวใจเต้นพริ้ว	() เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	() อื่น ๆ.....
8. สิทธิการรักษา

() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	() จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	() ประกันสังคม
()สวัสดิการข้าราชการ	() ประกันชีวิต	() อื่น ๆ (ระบุ).....
9. การสูบบุหรี่ () ไม่สูบบุหรี่ () สูบบุหรี่ จำนวน.... ปี ปริมาณ.....
10. การดื่มสุรา () ไม่ดื่มสุรา () ดื่มสุรา จำนวน....ปี ปริมาณ.....
11. การออกกำลังกาย () ไม่ออกกำลังกาย () ออกกำลังกาย ความถี่.....

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(Functional Independence measure : FIM)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย วันที่ประเมิน.....

การช่วยเหลือดูแล ตนเอง	คำอธิบาย	คะแนน
1. การรับประทานอาหาร	7 คะแนน กรณีที่ถือว่าช่วยตัวเองได้สมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยสามารถกินได้อย่างปลอดภัยตลอดช่วงโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากผู้ช่วยโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย และใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมสามารถรับประทานอาหารเองได้ ตลอดจนกระบวนการตั้งแต่การเปิดภาชนะ การตัก การเท การเคี้ยว การกลืน	
	6 คะแนน เมื่อผู้ป่วยสามารถกินได้ตลอดช่วงโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือ และหนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่งในหัวข้อต่อไปนี้เป็นจริงได้บ รับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีการจัดเตรียมอาหาร หรือเครื่องมือเป็นพิเศษ ทั้งนี้ สามารถทานได้เสร็จสิ้นในเวลาพอสมควร ไม่ต้องการช่วยเหลือใด ๆ เลย	
	5 คะแนน การควบคุม/จัดการ กรณีที่ตลอดช่วงการกินของผู้ป่วยมีหนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่งในหัวข้อต่อไปนี้ ต้องมีการเตือนกำกับ (เช่น ยืนชนาข้าง บอกน้ำ หรือเคี้ยวเคี้ยว) ให้กิน ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือ (รวมถึงการใส่เสื้อผ้าตาม และใช้เครื่องมือช่วยอื่นตามความจำเป็นขณะให้กิน) ผู้ป่วยต้องได้กินอาหารที่ประกอบขึ้นใหม่ และผู้ช่วยต้องปรับอาหารใหม่ให้สอดคล้องกับความต้องการ เช่น การให้อาหารผง ต้นต้องมีการจัดการลักษณะการเสิร์ฟอาหาร เช่นการเปิดภาชนะที่ใส่อาหาร การตัดเนื้อ การทานเหยที่ขนมปัง การเทอาหารเหลว เป็นต้น	
	4 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย เมื่อมีสมรรถนะกินได้ 75% ของการกินหรือมากกว่า	
	3 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือปานกลาง เมื่อมีสมรรถนะกินได้ 50% - 74% ของการกิน	

การช่วยเหลือดูแลตนเอง	คำอธิบาย	คะแนน
	2 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือมาก เมื่อมีสมรรถนะกินได้ 25%-49% ของการกิน	
	1 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือเต็มที่ กรณีที่หนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่งในหัวข้อต่อไปนี้ - เมื่อมีสมรรถนะกินได้น้อยกว่า 25% ของการกิน ไม่สามารถกินหรือดื่मอาหารทั้งหมดทางปาก ต้องอาศัยวิธีอื่น (เช่นอาหารทางเส้นเลือด และเจาะกระเพาะผ่านหน้าท้อง) ต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คน - ต้องมีการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด หรือให้น้ำ (หรือทั้งคู่) ซึ่งดำเนินการโดยผู้ช่วย	
2. การดูแล สุขอนามัยส่วนศีรษะ และใบหน้า	7 คะแนน กรณีถือว่าช่วยตัวเองได้สมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยสามารถแต่งตัวได้อย่างปลอดภัยตลอดช่วงโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือ โดยไม่มีอุปกรณ์ช่วย และใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมตามสมควรสามารถทำความสะอาดช่องปาก หวีผม ล้างมือ ล้างหน้าโกนหนวดหรือแต่งหน้าได้เองลำพังคนเดียว	
	6 คะแนน กรณีถือว่าช่วยตัวเองได้ในระดับต้องปรับเปลี่ยน เมื่อผู้ป่วยสามารถแต่งตัวได้ตลอดช่วงโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจาก helper และหนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่งในหัวข้อต่อไปนี้ - เมื่อผู้ป่วยยังต้องใช้อุปกรณ์ช่วย / หรืออุปกรณ์ดัดแปลง (อย่างเช่นฝีกตาม อวัยวะเทียม ถูงมือ نرم แปรงสีฟัน ดัดแปลง หวีดัดแปลง แปรงผมดัดแปลง) ในกิจกรรมการแต่งตัว และใช้อุปกรณ์โดยไม่ต้องใช้ helper - เมื่อผู้ป่วยใช้เวลาในการแต่งตัวนานขึ้น - เมื่อมีความจำเป็นต้องใส่ใจเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระหว่างการทำกิจกรรมการแต่งตัว	
	5 คะแนน การควบคุม/จัดการ กรณีที่ตลอดช่วงการแต่งตัวผู้ป่วยทำได้ แต่ยังต้องมีการกำกับ (เช่นยืนขนาน บอกเตือน หรือค้ำยันค้ำยอ) หรือการจัดการ (เช่นการใส่ฝีกตามซึ่ง	

การช่วยเหลือดูแล ตนเอง	คำอธิบาย	คะแนน
	จำเป็นเมื่อแต่งตัว การจัดหาเครื่องใช้อุปกรณ์แต่งตัว การช่วยเหลือเตรียมตัวขั้นต้น เช่นปีบยาสีฟันให้)	
	4 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย เมื่อมีสมรรถนะทำได้ 75% ของการแต่งตัวหรือมากกว่า	
	3 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือปานกลาง เมื่อมีสมรรถนะทำได้ 50% -74% ของการแต่งตัว	
	2 คะแนน เมื่อต้องการการช่วยเหลือมาก เมื่อมีสมรรถนะทำได้ 25% - 49% ของการแต่งตัวมีการช่วยเหลือเล็กน้อยหรือต้องมีผู้เฝ้าคอยระวังดูแล จึงจะทำได้	
	1 เมื่อต้องการการช่วยเหลือเต็มที่ทั้งหมด กรณีที่หนึ่งข้อหรือมากกว่าในหัวข้อต่อไป นี้ เมื่อมีสมรรถนะการแต่งตัวได้น้อยกว่า 25% ของกิจกรรม - ต้องการผู้ช่วยเหลือ 2 คนในการแต่งตัว	

แบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาล

สมุดบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการ
การรู้คิด

คำชี้แจง สมุดนี้ใช้สำหรับบันทึกการทำกิจกรรมประจำวันที่ทำตามโปรแกรมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ชื่อ.....วันเริ่มกิจกรรม.....

Date	Time	กิจกรรม	ผลลัพธ์		ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข	ผู้บันทึก
			ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

**คู่มือโปรแกรมการพยาบาล
ที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด**



จัดทำโดย

นางสาวสุจิตตรา สาขำนาญ

นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คำนำ

การรู้คิดเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับผ่านช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ การแปลความที่จะเชื่อมโยงไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจ การวางแผน การทำกิจกรรม การแก้ไขปัญหา และการแสดงออกทางพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบปัญหาพร่องด้านการรู้คิดร้อยละ 65.38 ซึ่งจะส่งผลต่อการวางแผนในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ การดูแลผู้ป่วยให้คงความสามารถของสมองในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติ ไม่เป็นภาระพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้นจึงได้จัดทำคู่มือนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แล้วประเมินผล เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมอง เกิดการออกของเซลล์ประสาท เปลี่ยนโครงสร้างเกิดการส่งกระแสประสาททำให้การทำงานของระบบประสาทประสานงานกันได้เป็นอย่างดี ส่งผลต่อการรู้คิดได้เร็วขึ้น

สุจิตตรา สาขานาญ
ผู้จัดทำ

แผนการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

แผนการสอน

เรื่อง	โรคหลอดเลือดสมองตีบผลกระทบและการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ผู้เรียน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
สถานที่	หอผู้ป่วยในระบบประสาท
เวลาสอน	45 นาที
ผู้สอน	นางสาว สุจิตตรา สาขำนาญ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ การป้องกันการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำได้ถูกต้อง และสามารถบอกอาการเตือนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ สามารถบอกวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์การฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับภาวะที่ต้องหลีกเลี่ยง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. อธิบายความหมายสาเหตุ อากาศและอากาศแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ</p>	<p>แนวข้อเขียนเรียน</p> <p>สวัสดีค่ะ ค่ะ ฉันชื่อ นางสาวสุจิตตรา สถาบัน เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉันจะมาให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบ เกี่ยวกับสาเหตุ อากาศ อากาศแสดง การรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรค โดยจะใช้เวลา 45 นาที</p> <p>โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 เมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อ และเป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความพิการและความสูญเสีย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีอาการอ่อนแรง แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง ซา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ชัดหรือฟังไม่เข้าใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ทันทันภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตจากเหตุถึงจากผู้ป่วยมีอาการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาในระยะสั้นๆ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้และการรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ และกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ</p>	<p>พยายาอธิบายผู้ป่วยและญาติที่ป่วยด้วยใน สถาบันประสาทวิทยาที่ทายผู้ป่วยและญาติในระว่าตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าพบผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินความพร้อมและความสนใจของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล (ใช้เวลา 5 นาที)</p>	ไม่มี	ประเมินจากสิ่งที่ทำและทำทางที่แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย ในการรับฟังและร่วมสนทนากับพยาบาล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
ชั้นเรียน	<p>โรคหลอดเลือดสมองหรือ สโตรก หรือโรคอัมพาต อัมพาต เป็นภาวะที่สมองหยุดทำงานเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขาดการนำเลือดไปเลี้ยงสมองและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียหน้าที่อย่างสิ้นเชิง ทำให้สมองส่วนดังกล่าวตายภายในไม่กี่นาที ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแรงหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เพราะสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่ ส่งผลให้พบความผิดปกติในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุความพิการและเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย พิกัดระยะ 2.5 แผนรายต่อปี</p> <p>เสียชีวิต 5 หนึ่งรายต่อปี</p> <p>2.ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 ประเภท</p> <p>1. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดกับหลอดเลือดในสมองหรือหลอดเลือดบริเวณคอที่ผนังหนาตัวขึ้นเกิดหลอดเลือดตีบและอุดตัน</p>	<p>ชั้นเรียน</p> <p>ผู้สอนกล่าวว่ามีผู้เฝ้าเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน</p> <p>ผู้สอนเปิด วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งเมื่อทำเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุอาการ การแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้เรียน - แสดงความคิดเห็นหรือสอบถามข้อสงสัยหลังการดูวิดีโอ - ผู้สอนกล่าวสรุปเนื้อหา - ผู้สอนถามคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - วิดีทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบ - คู่มือสำหรับผู้ช่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ - วิดีโอ 	<p>-ผู้เรียนสามารถบอกความหมาย สาเหตุ อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตอบคำถาม - การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสอน เช่นการตอบคำถาม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. หลอดเลือดในสมองแตก พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และควบคุมได้ไม่ทั่วถึง ความเสื่อมสภาพของส่วนน้อยเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบปกติ ไปฝังหรือไปกระจาย หรือผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ เมื่อมีภาวะหลอดเลือดสมองแตกจะทำให้หลอดเลือดในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมองและกีดขวางของหลอดเลือดและสูญเสียการทำงาน และบวมขึ้น อากาศข้างเคียงที่พบได้ เช่น ซากครึ่งซีก ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นหรือมองเห็นภาพครึ่งซีกของลานสายตาหรือเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง และหมดสติ</p> <p>3.อาการ อากาารแสดงและควรรักษาของโรคหลอดเลือดตีบตัน</p> <p>ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งของส่วนต่าง ๆ ของสมองและขนาดบริเวณหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังจากพ้นวิกฤต อากาารและ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>อาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบส่วนใหญ่นั้นได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาข้างใดข้างหนึ่งหรือขาทั้งสองข้าง อาจมีอาการปวดขาหรือขาบวม การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายผิดปกติหรือมีอาการชา การรับรู้ไม่รู้สึกถึงปวดเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ การสื่อสารบกพร่อง ได้แก่ ฟัง พูด อ่าน เขียน เช่นพูดซ้ำ พูดไม่ชัด หรือสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ การรับรู้ การรู้สึกตัวหรืออารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสับสน ความวิตกกังวล การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยอ่อนและมักเป็นครั้งคราวร่างกาย อาการที่พบได้ทั่วไปมีได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● อาการอ่อนแรงครึ่งซีกหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ● ชาครึ่งซีกหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ● ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ● พูดช้าลง นึกคำพูดไม่ออก พูดสับสน พูดไม่ได้ ● เติมน้ำหรือสูญเสียการทรงตัวหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ● ซึมลงหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เนื้อหา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตามัวหรือมองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน ● มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงหรือเวียนศีรษะ <p>5 สัมภาษณ์คนที่ต้องรับส่งโรงพยาบาลทันที ออมนแรงศรีงัก ซาศรีงัก ปากบัยวุดไม่ชัด เวียนศีรษะ เดิมเขเนียบพัน คมองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน</p> <p>สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน แยกตามสาเหตุของการเกิดโรคดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง 2. หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ 3. ลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ มีก้อนเลือดแข็งตัวขนาดเล็กหลุดจากลิ้นหรือผนังหัวใจลอยไปตามกระแสเลือด และไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง 4. ไม่ทราบสาเหตุ <p>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคนี้ แยกได้ 2 ประเภท คือ แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้มีสาเหตุจากสุขภาพโดยรวมและรูปแบบการดำเนินชีวิต</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ปัจจัยเสี่ยงหลัก คือปัจจัยที่สามารถควบคุมได้</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน</p> <p>ไขมันในเลือดสูง ความอ้วนโรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การ</p> <p>จ้ำเป็นชีวิต แอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง</p> <p>ผู้ที่มีเลือดแข็งตัวได้ง่าย</p> <p>ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้</p> <p>อายุเพศ พบว่าเพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า</p> <p>เพศหญิง แต่สำหรับเพศหญิงมีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด</p> <p>และฮอร์โมนทดแทนจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น</p> <p>กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา</p> <p>ยาย พี่ น้อง เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อ</p> <p>การเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป</p> <p>5 ประเด็นการจับปวยในอดีต</p> <p>การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพและ</p> <p>สามารถบ่งชี้ถึงตำแหน่งของสมองและหลอดเลือดที่ผิดปกติ</p> <p>รวมถึงภาวะและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรค</p> <p>หลอดเลือดสมองได้ เช่น</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ภาระงาน
2. อธิบายแนวทางการรักษา ผลกระทบและแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการเป็นซ้ำ	<p>1. การรู้จักประวัติและตรวจร่างกาย</p> <p>2. การตรวจเลือดเพื่อดูความเข้มข้นและความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด</p> <p>3. การตรวจระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด</p> <p>4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อดูจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ</p> <p>5. การตรวจสมรรถภาพเครื่องอกนเรย์คอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเพื่อดูว่าสมองมีภาวะขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองหรือไม่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนกล่าวประวัติเข้าสู่เนื้อหาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน สอนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการป้องกัน - เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือสอบถามข้อสงสัย 	<ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์ของโรคหลอดเลือดสมอง - คู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เรียนสามารถอธิบายแนวทางการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นในการฟัง การมองตาผู้สอนขณะฟัง
2. อธิบายแนวทางการรักษา ผลกระทบและแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการเป็นซ้ำ	<p>8. การรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะมีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน</p> <p>- หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป้าหมายของการรักษา คือทำให้เลือดไหลเวียนได้อย่างปกติ โดยหากเลือกในการรักษา มีหลายวิธี ในบางกรณีแพทย์อาจให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งพบว่าจะมีผลดีกับผู้ป่วยอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและรีบมาโรงพยาบาลภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนกล่าวประวัติเข้าสู่เนื้อหาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน สอนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการป้องกัน - เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือสอบถามข้อสงสัย 	<ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์ของโรคหลอดเลือดสมอง - คู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เรียนสามารถอธิบายแนวทางการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นในการฟัง การมองตาผู้สอนขณะฟัง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>-ผลลัพท์คือต้นทุนเชิงคุณภาพหรือเชิงจิตขาด เป้าหมายของภารกิจคือการควบคุมปริมาณเลือดที่ออกด้วยการรักษาระดับความดันโลหิต ในกรณีที่เกิดอาการจากแพทย์อาจพิจารณาจากการผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสียหายต่อสมองซึ่งเกิดขึ้น</p> <p>1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน</p> <p>1.1 การให้ยา</p> <p>1.1 การให้ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง แพทย์จะให้การรักษาด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ เพื่อเปิดหลอดเลือดดำให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงสมองได้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มเลือดสมองซึ่งไม่ตายที่นั่นกลับทำงานได้</p> <p>1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด</p> <p>1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด</p> <p>2. การรักษาโดยใช้สายสวนหลอดเลือดเพื่อลากลิ่มเลือดที่อุดตันออก) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตีบนี้นับพันพันไม่เกิน 8 ชั่วโมง ร่วมกับมีหลอดเลือดแดงใหญ่ในสมองอุดตัน หากไม่มีข้อห้ามในการใส่สาย</p>	<p>- ผู้สอนถามคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้เรียน</p>		<p>-การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การสอนเช่น การยกมือขึ้นตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ส่วนเนื้อหาที่เลือกคือเลือกจากตนเอง แพทย์จะทำการเลือกทีมเลือกออกเพื่อเปิดทดลองเลือกตนเองให้เลือกสามารถไปได้เลยตนเองได้เร็วที่สุด ข้างในจะเลือกเองที่ยังไม่ได้คุยกันกับตัวเอง</p> <p>3. การรู้จักขโมยการผ่าตัด แพทย์จึงวางรณผ่าตัดกรณีที่มีเลือดออกในสมองเป็นจำนวนมาก</p> <p>2. การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำๆ</p> <p>2.1 การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ในระยะเฉียบพลันร่างกายจะมีกล้ามเนื้อหัวใจโตสูงอยู่แล้ว ในระยะเฉียบพลันนั้นโลหิตสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะช่วยให้การไหลเวียนเลือดลดลงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มม.ปรอท หรือในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 มม.ปรอท จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต</p> <p>2.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดซ้ำๆ และการให้สารอาหารอย่างพอเพียง การให้สารน้ำจะมีประโยชน์</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>โดยเฉพาะผู้ช่วยที่มีภาวะแห้งแล้งร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามต้องระวังไม่ผู้ช่วยที่มี ผสมของขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง เพราะการใส่สารน้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดลมอวัยวะมากซึ่งจนเป็นอันตรายต่อผู้ช่วย</p> <p>ผลการพบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความคิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก และอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งผู้ช่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตั้งใจของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไปโดยในระยะแรกกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ผู้ช่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น ฟ้าผ่าการเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย 2. มีความคิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ช่วยที่มียาออสภาพผสมของซีกซ้ายหรือซีกขวา 3. มีความคิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เกี่ยวข้องกับ การกลืนซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน 4. มีความคิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้สติ และการรับรู้ได้แก่ ผู้ช่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>5. มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำเพียงฝาดาน หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมาซึ่ง พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง การบ่งชี้ของตำแหน่งการรู้คิด</p> <p>5. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการจับถ้อยคำ ซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะแรก ซึ่งความผิดปกติที่พบบ่อยคือ กลืนน้ำลายจะไม่อยู่</p> <p>6. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีอาการ เปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสาเหตุที่ขึ้นร่างกายเอง เช่น ร่างกายเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแอและประกอบกับภาวะอารมณ์ผันผวนทางจิตใจ ผลกระทบด้านจิตใจ จากการศึกษาสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายก่อให้เกิดความ กลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ไม่ได้เกิดจากความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การบ่งชี้ถึงการกลืนเป็นน้ำ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>การป้องกันภัยเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควรป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบอุดตัน หรือแตก เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไทมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ หรือขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ตรวจเช็กสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ถ้าพบต้องรีบรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ▪ ในการมีชีพวมน้ำปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบอุดตัน หรือแตก ต้องรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ห้ามหยุดยาเอง และควรรับประทานยาที่ทันที่หาการผิดปกติ ▪ ควบคุมอาหารให้สมดุล หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มหวาน มัน 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ภาระประเมินผล
	<p>เนื้อหา</p> <ul style="list-style-type: none"> • ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน • 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม • งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • ถ้ามีอาการเตือนที่แสดงว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ <p>ผู้บรรยาย ควรรับภาพแพทย์ถึงแม้ว่าอาการเหล่านี้จะหายไ้เองเป็นปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ที่เป็นหลอดเลือดตีบของศีรษะหรืออุตุต้นแล้ว แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดตีบสมอง แต่การใช้ยาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการติดตามผลและใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เนื่องจากถ้ามีการใช้ยาผิด ประสิทธิภาพเส้นเลือด หรือไม่มีการติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ทั้งคนสามารถป้องกันอัมพาตได้ด้วยกรารเริ่มต้นดูแลตนเอง เอาใจใส่สุขภาพของตนเองควบคู่การตรวจสุขภาพ ทัศนคติ ความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
อธิบายความสำคัญของการฟื้นฟูและการบริหารสมองและผลการกระทบที่เกิดขึ้น	<p>3. การฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม การฟื้นตัวของระบบประสาทหลังป่วยโรคสมองของหลอดเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง ความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ร้อยละ 80-90 ภายในเวลา 1-2 เดือน บางรายใช้เวลา 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทโดยปกติจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนจะฟื้นตัวช้าลง การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 ระยะ คือ</p> <p>1. ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมรวดเร็ว จะทำให้การไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้น สมอxygen ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอน กล่าวนำเข้าสู่เนื้อหาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน การฟื้นฟูและการบริหารสมอง - เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือสอบถามข้อสงสัย - ผู้สอนถามคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้เรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - สื่ทัศน์ของโรคหลอดเลือดสมอง - คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เรียนสามารถอธิบายความสำคัญของการฟื้นฟูและการบริหารสมอง - สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นในการฟัง - การตอบสนองต่อผู้สอนขณะฟัง - การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสอบถาม การอภิปรายตอบคำถาม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ชัดเจน จะแสดงให้เห็นได้จากกรณีที่ผู้ช่วยสามารถอธิบายแผนงานที่ได้ตั้งขึ้น ความสามารถในการพูด ความเข้าใจ ภาษาที่ขึ้น การฟังด้วยความจริงใจจะเกิดภายใน 1 เดือนหลังจากเป็นโรค</p> <p>2. เมื่อพันธะสัญญาเหล่านี้ ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ในสังคมขึ้นภายใน 3-6 เดือน ในขณะที่การฟื้นตัวตามธรรมชาติ การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน ซึ่งต้องใช้เวลา และเทคนิคในการช่วยฟื้นฟูสภาพ</p> <p>การฟื้นฟูตัวที่ดีจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างคนไข้ ญาติหรือผู้ดูแล ทีมแพทย์และทีม เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกและเรียนรู้ทักษะบางอย่างใหม่ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด</p> <p>ซึ่งกิจกรรมบำบัด พื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อการใช้ร่างกายของแขนและมือ ฝึกกลืน ฝึกการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น ฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูกระบวนการรับรู้ ความคิด และความรู้ (Cognitive Function) ซึ่งการฟื้นฟูผ่านการรู้คิด จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>กิจกรรมที่จะฝึกทั้งหมดมี 22 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นำไปฝึกที่บ้านเมื่อกลับบ้านและมีวีดิโอเพื่อให้อ่านตามคอบนฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมและฝึกต่อที่บ้านได้</p> <p>ภาวะซึ่งงดการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ควรพิจารณางดการออกกำลังกายฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไข้ ≥ 38 องศา - ชีพจร > 100 หรือ < 60 ครั้ง/ นาที - ความดันโลหิต SBP > 180 หรือ < 90 และ DBP > 110 หรือ < 60 มิลลิเมตรปรอท - เจ็บแน่นหน้าอก - หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน - ทอมน้ำปอด - ซึมลง สับสน หรือมีอาการทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อไปได้ - อื่นๆ 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เนื้อหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - แขนงขายอ้อมแรงเพิ่มขึ้น - ปกติศีรษะ เวียนศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียนมาก - ขาบวม ที่สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดดำส่วนปลายอุดตัน <p>เขียนบทเรียน</p> <p>วิธีการสุขภาพที่ดี วัสดุที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย</p> <p>โรคหลอดเลือดอุดตันของหัวใจเป็นภาวะฉุกเฉิน มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ผู้ป่วยควรได้รับการพบแพทย์โดยเร็วที่สุด เนื่องจากหลอดเลือดของขาแตกเลือดเพียง 1 นิ้วจะมีเซลล์ไขมันของตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ ถ้าได้รับการรักษาช้า จะทำให้บริเวณที่แตกของขาแตกขยายขนาดเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการเพิ่มขึ้น หรืออาจเสียชีวิตได้ ยิ่งรักษาเร็วยิ่งได้ผลดี หากพบว่าตัวท่านหรือบุคคลใดที่มีอาการสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันให้รีบติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โทรแจ้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์รับโทร 1669 หรือติดต่อหน่วยบริการฉุกเฉินโดยทันที ● นำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้ที่สุดหรือโรงพยาบาลที่มีชื่อทางเร่งด่วนหรือรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตัน เช่น สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาล 			

จัดรูปแบบส่ง	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1	<p>ราม อธิบติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ</p> <p>แหล่งข้อมูล: วิชาชีพ สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง https://thaisrokesociety.org/ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย http://neurothai.registration-master.com/home.php ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย http://www.thainurse.com/index.php ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ภาพ: http://healthyaaging.bcmnon.ac.th/</p>			

เอกสารอ้างอิง

- นลินี พุฒิกับธักและสาวยสมร บริสุทธิ์. กทม. การแพทย์ (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฟ้าพิมพ์พยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัทอนาเพรส จำกัด.
- นงศรี ชาญณรงค์ (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: พนมทานนคร. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะวารณ เตียคอนนะกุล. (2555). การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เตียมเก่า, กาญจนศรีสิงห์, กรณิศร์ ศงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไตร์. *คู่มือการตรวจระบบประสาท*. หลอดเลือดสมองของพระ. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ระบุเขต 7 พ.ศ. 2555.
- พรภัทร อรรถสำโรช. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ: จรัสศิลป์วงศ์การพิมพ์
- เพ็ญนศา ศรีปการ. (2544). การดูแลผู้ป่วยและโรคทางปากและทางสลายาง. ในเจียมจิต แสงสุวรรณ และอังสร่า หล่อจิตร (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอแม่แก่: ขอแม่แก่การพิมพ์.
- วาสนา มุลลีย์ สุปรिता มันคง และ ยุพาพิน ศิริไพธำม (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านต่อความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล. 31(1).

กิจกรรมการเรียนรู้
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

วิชาวิทยาศาสตร์
ระดับชั้นประถมศึกษา

จุดประสงค์

คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น
คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล
สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง
และปลอดภัย

คำนำ



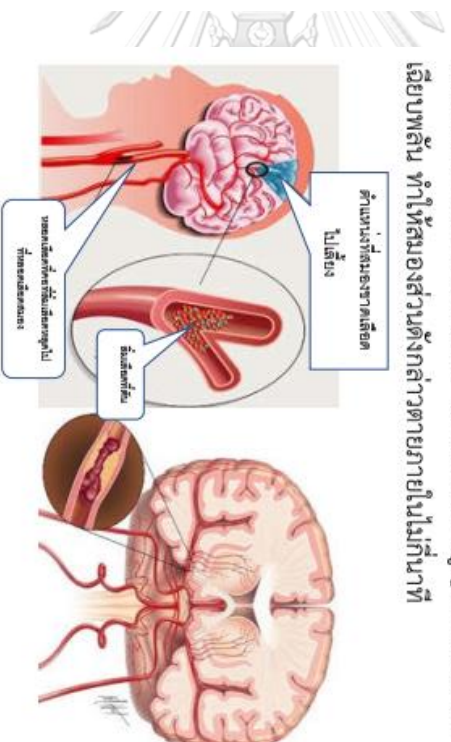
สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	4
2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	5
3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	7
4. สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	10
5. ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง	11
6. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	12
7. การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง	17
8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	18
9. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย	23
10. การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	24
11. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	38
12. บริการสุขภาพที่ความรู้เกี่ยวกับารเจ็บป่วย	44

1. โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน ทำให้สมองส่วนดังกล่าวตายถาวรและไม่คืนที่



ที่มา

https://www.google.com/search?q=ischemic+stroke&rlz=1C1GCEU_th1H858TH858&ssr=f&AC/RGNRf5Hof4kgs_

ผลกระทบจากการเกิดภาวะนี้

- ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เพราะสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกหรือสั่งการเสียหายที่
- เกิดความพรัองในการใช้ชีวิตประจำวัน
- เป็นสาเหตุความพิการและเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศปีละ 2.5 แสนรายต่อปี เสียชีวิต 5 หมื่นรายต่อปี

2. โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 ประเภท

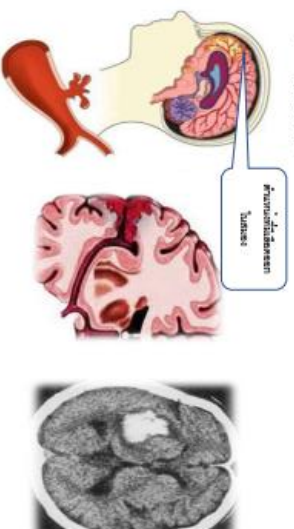
1. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดกับหลอดเลือดในสมองหรือหลอดเลือดบริเวณคอที่ผนังหลอดเลือดชั้นเกิดหลอดเลือดตีบและอุดตันสาเหตุอาจเกิดจาก

- การสะสมของตะกอนไขมันหรือหินปูน เกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้รูเปิดหลอดเลือดตีบแคบลง หรืออุดตัน เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอทำให้สมองตาย
- มีลิ่มเลือดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจบางชนิด เช่น ลิ้นหัวใจพิการ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือผู้ที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

เกิดลิ่มเลือดลอยอยู่ในกระแสเลือดแล้วอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

2. หลอดเลือดในสมองแตก พบได้ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เมื่อมีภาวะหลอดเลือดสมองแตก ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง และเกิดภาวะสมองขาดเลือดและสูญเสียการทำงานเฉียบพลัน อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น

- ชาครึ่งซีก
- ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นหรือมองเห็นภาพครึ่งซีกของลานสายตาหรือเห็นภาพซ้อน
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
- หมดสติ



ที่มา <https://www.cghb.co.th/health-ipsos-detail/>

3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งของส่วนต่าง ๆ ของสมองและขนาดบริเวณหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการเฉียบพลันและมักเป็นครึ่งซีกของร่างกาย อากาารที่พบ

- อาการอ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน
- ชาครึ่งซีกเฉียบพลัน
- ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดเฉียบพลัน
- พูดช้าลง นึกคำพูดไม่ออก พูดสับสน พูดไม่ได้เฉียบพลัน
- เดินเซเฉียบพลัน
- ซึมลงเฉียบพลัน
- ตามัวหรือมองไม่เห็น
- มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงหรือเฉียบพลัน

7

สัญญาณเตือนที่ตองนำส่งโรงพยาบาลทันที

อาการของ **สโตรก**
โรคหลอดเลือดสมอง



วิธีการสังเกตอาการของโรคนี้แบบง่ายๆ แต่คำว่า FAST

- F = FACE ปากเบี้ยว
- A = ARM อาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
- S = SPEECH พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ
- T = TIME เวลาเริ่มมีอาการติดปกติ

การทดสอบอาการ คัดกรอง F.A.S.T

F ใบหน้า	A แขน	S การพูด	T เวลา
ให้ขยับหรือยิ้ม	ให้ยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น	ให้พูดตามคำสั่งยกตัว	กำลังกล่าวถึงอาการผิดปกติ
สังเกตว่า	นาน 10 วินาที	พูดได้ชัด พูดไม่ชัดหรือพูด	เป็นเวลาที่ควรรีบนำ
ปากอ่อนแรงปากกุดหรือยิ้ม	พบว่าแขนขาใดข้างหนึ่งตก	ไม่พูดหรือฟัง	โรงพยาบาลใกล้ที่สุดทันที
	หรือยกไม่ถึงครึ่งข้อ		

ที่มา <http://www.b3cdata.net/face-odd-c-5gc-bdcespot.com/2014/04/stroke.html>

8

อาการและความรุนแรง

เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน และหลอดเลือดสมองก็มีขนาดต่าง ๆ กัน อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดำเนินของโรค ตำแหน่งที่หลอดเลือดเกิดการตีบตันในสมองและขนาดของหลอดเลือดที่ตีบตันว่าเป็นหลอดเลือดใหญ่หรือหลอดเลือดขนาดเล็ก อาการของโรคแบ่งตามความรุนแรงได้ 3 ระดับคือ

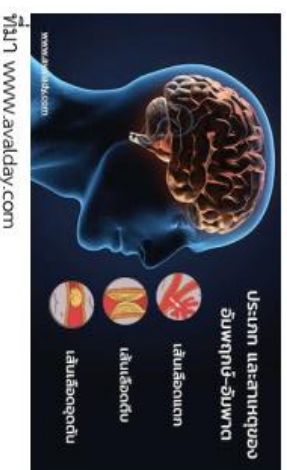
1. **อาการน้อย** อาการจะเป็นไม่มาก อาจมีเพียงพูดไม่ชัด มุมปากตก แขนขาไม่มีแรงเล็กน้อย แต่พอจะเดินได้ มักมีอาการปวดศีรษะ กลุ่มนี้ถ้าได้รับการรักษาในระยะแรก ภายใน 2-4 สัปดาห์ จะกลับคืนเกือบปกติได้
2. **อาการปานกลาง** อาจจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นทันทีทันใด และอ่อนแรงมากขึ้นจนขยับแขนขาไม่ได้หรือพูดไม่ได้ กลุ่มนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อสังเกตอาการ รีบให้การรักษาในโรงพยาบาลเพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ภายใน 3-5 วัน หลังจากเริ่มมีอาการปรากฏ อาจล้มลงจากภาวะสมองหรือภาวะเลือดซึมในสมอง
3. **อาการรุนแรง** ไม่รู้สึกตัวหรือมีอาการซึมลงอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มนี้เกิดกับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบตัน และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือ



เคยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตมาก่อน กลุ่มนี้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นง่าย เช่น การติดเชื้อในปอด หรือทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมักจะได้รับยาดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพราะผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง และบางรายต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดสมองบางส่วน เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ระดับหนึ่งแต่ไม่มาก เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปมาก

4. โรคหลอดเลือดสมองตีบตันมีสาเหตุใหญ่ ๆ ดังนี้

1. หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง
2. หลอดเลือดฝอยในสมองแข็ง
3. ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจมีก้อนเลือดแข็งตัวขนาดเล็กหลุดจากลิ้นหรือผนังหัวใจลอยไปตามกระแสเลือดและไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง
4. ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด



5. โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. **ระยะเฉียบพลัน** หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการพาดพันที่ อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่มักใช้เวลา 48 ชั่วโมง ในระยะนี้มีปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้จากการภาวะความดันโลหิตสูง

2. **ระยะหลังเฉียบพลัน** หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกร่วมเปลี่ยนแปลงในทางลดลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่าในระยะนี้มีปัญหาเรื่องการกลืนการเคลื่อนไหว การพูด ปอดอักเสบและขาดสารอาหาร

3. **ระยะฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ที่มีความสามารถที่จะรับรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน



6. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้

1. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

2. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองจะเกิดอัมพาตขึ้น นอกจากนั้นโรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

3. ไขมันในเลือดสูง เป็นความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะไขมันสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดปกติระดับ ไขมันในร่างกายนับว่าเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับไขมันชนิดดี ควรมากกว่า 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนไขมันชนิดไม่ดี ควรน้อยกว่า 100-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเข้าไปเกาะหรือติดตามหลอดเลือด ทำให้

ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีตันได้ง่าย เลือดจะผ่านไปได้ยากว้ายว่ต่าง ๆ ใต้น้ย ถ้เกิการอุดตันกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือดและเป็นอัมพาตในที่สุด

4. ความอ้วน จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ตีชน้มวถกายไม่ควรรเกิน 23 กิโลกรัม/เมตร

5. โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2-5 เท่าของคนปกติเนื่องจาก ลิ้มเลือดที่อยู่ใในท้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ

6. โปรตีนชนิดโอโมซิสตีนสูง เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสดเลือดค่าปกติประมาณ 5-15 ไมครอน เนื่องจากโปรตีนนี้ จะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งในขนาดตัวขึ้น โดยการทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งขึ้นและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับโปรตีนนี้สูงทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี โพลีค แอซิด และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

7. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ จะทำลายหลอดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค



หลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่าในชาย และ 4.5 เท่าในหญิง โดยที่ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 30-40 เปอร์เซ็นต์

8. การดำเนินชีวิตผู้ทำงานนั่งโต๊ะ หรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงงาน ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภททอด หรือ มีไขมันมากมีโอกาสเสี่ยงมากกว่า ผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้ แต่บั้งชัยเลี้ยงน้ยงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

9. แอลกอฮอล์ การดื่มสุรา แอลกอฮอล์ จะทำให้หลอดเลือดตีบหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่ การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นแล้ว แอลกอฮอล์ ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้หลอดเลือดแข็งตัวผิดปกติการหลีกเลี่ยงสูดสูดสมอง

10. โคลเคน แอมเฟตามีน เฮโรอีน เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองโดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกล็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิต ซึพจรเร็ว ุณหภูมิสูงขึ้น เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

ผู้ที่มีความเสี่ยง STROKE RISK



ความดันโลหิตสูง

- แอลกอฮอล์
- ไอบนโบลัดสูง



โรคเบาหวาน

- อ้วน



สูบบุหรี่

- มอกรบหรือหยุดหายใจขณะนอนหลับ



หลอดเลือดตีบแคบ

- ประวัติครอบครัวโรคหัวใจและหลอดเลือด



โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ
โรคของลิ้นหัวใจ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
ภาวะหัวใจโต

- กิฬาหรืออุบัติเหตุที่การปิดหรือสับคอกอแรงๆ ทำให้หลอดเลือดที่คอฉีกขาด

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

1. อายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อความเสื่อมของหลอดเลือดสมอง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 เท่า และคนที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีความเสี่ยงเป็น 3 เท่าของคนที่ยาญน้อย

2. เพศ พบว่าเพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับเพศหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดและฮอร์โมนทดแทนจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

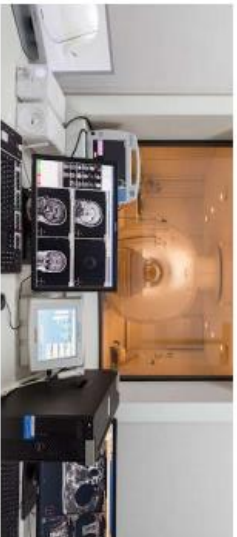
4. เชื้อชาติ พบว่าคนเชื้อชาติแอฟริกันเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว 2.5 เท่า ส่วนพื้นฐานว่า คนแอฟริกันอ้วน เป็นเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงกว่าคนผิวขาวจึงมีโอกาสดังกล่าวได้ง่ายกว่า

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบชั่วคราว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเกล็ดเลือด และยาป้องกันการแข็งตัวของลิ้มเลือดจะสามารถช่วยป้องกันโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

7. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงตำแหน่งของสมองและหลอดเลือดที่ผิดปกติ รวมถึงภาวะและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น

1. การตรวจสอบด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อตรวจสอบภาวะขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองหรือไม่



ที่มา <https://www.skeakon.com/medicaltechnology/Detail?techid=3>

2. การตรวจสอบด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (เพื่อดูเนื้องอก หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดที่คอ ข้อห้ามในผู้ป่วยที่มีประวัตติงโลหะไว้ในร่างกาย ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจหรือเคยผ่าตัดใส่คลื่นในสมอง
3. การตรวจอัลตราซาวด์และหลอดเลือดสมอง เพื่อดูขนาดและ การไหลเวียนของหลอดเลือดแดงบริเวณคอที่เปลี่ยนขนาดและ คลื่นความถี่สูง

17

8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรือหลอดเลือดสมองแตก โดยจะมีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน

- **หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน** เป้าหมายของการรักษาคือทำให้เลือดไหลเวียนได้อย่างปกติ โดยทางเลือกในการรักษาที่มีหลายวิธี ในบางกรณีแพทย์อาจให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งพบว่าจะได้ผลดีกับผู้ที่มีการอุดตันและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและรีบมาโรงพยาบาลภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง
- **หลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาด** เป้าหมายของการรักษา คือการควบคุมปริมาณเลือดที่ออกด้วยการรักษาระดับความดันโลหิต ในกรณีที่เลือดออกมาก แพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสียหายต่อสมองที่อาจเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต

1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน

1. การให้ยา
 - 1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ได้รับ

18

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง และไม่ซื้อหมอนในการให้ยา แพทย์จะให้การรักษาดูแลการให้ยาสถาปัตยกรรมหลอดเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อเปิดหลอดเลือดทำให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงสมองได้เร็วที่สุดเพื่อให้เซลล์สมองที่ยังไม่ตายฟื้นกลับมาทำงานได้ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อดูแลอาการอย่างใกล้ชิดเนื่องจากหลังจากได้รับยามีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองได้ประมาณร้อยละ 6 และอาการของผู้ป่วยไม่คงที่

1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด การให้ยากลุ่มนี้ ได้แก่แอสไพรินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง พบว่าได้ผลดี

1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่เฮปาริน ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป วัตถุประสงค์ของการให้ข้อข้างนี้ไม่เหมาะสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากลิ่มเลือดหัวใจที่มีความเสี่ยงสูง

2. การรักษาโดยให้สายสวนหลอดเลือดเพื่อลากลิ่มเลือดที่อุดตันออก

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลันไม่เกิน 8 ชั่วโมง ร่วมกับมีหลอดเลือดแดงใหญ่ในสมองอุดตัน หากไม่มีข้อห้ามในการใส่สายสวนเพื่อลากลิ่มเลือดจากสมอง แพทย์จะ

19



ทำการลากลิ่มเลือดออก เพื่อเปิดหลอดเลือดสมองให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงสมองได้เร็วที่สุด ทำให้เซลล์สมองที่ยังไม่ตายฟื้นกลับมาทำงานได้

3. การรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์พิจารณาผ่าตัดกรณีที่มีเลือดออกในสมองเป็นจำนวนมาก



20

ที่มา <https://www.wsi.com/vidcor/revolution-in-stroke-care-the-combinationv76c98372-6d13-49a8-acc3-186fc32f9722.html>

2. การกรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ คือ การควบคุมสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

3. การฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม การฟื้นฟูของระบบประสาทหลังเป็นโรคสมองขาดเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง ความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ร้อยละ 80-90 ภายในเวลา 1-2 เดือน บางรายใช้เวลา 6 เดือน การฟื้นฟูของระบบประสาทโดยปกติจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนจะฟื้นตัวช้าลง การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 ระยะ คือ

1. ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูของระบบประสาทตามธรรมชาติ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมรวดเร็ว ทำให้การไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้น สมองยุบวม ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะลดลง จะแสดงให้เห็นได้จากการทำงานของสายการขยายแขนขาได้ดีขึ้น ความสามารถในการพูด ความเข้าใจภาษาดีขึ้น การฟื้นตัวตามธรรมชาติจะเกิดภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค



2. เมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ในสังคมดีขึ้นภายใน 3-6 เดือน ในขณะที่การฟื้นตัวตามธรรมชาติ การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน ซึ่งต้องใช้ความรู้ และเทคนิคในการช่วยฟื้นฟูสุขภาพ

กลไกการฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลไกคือ

1. การฟื้นตัวนี้เนื่องมาจากธรรมชาติเกิดจากการตีขึ้นของพยาธิสภาพของสมองรอบ ๆ ส่วนที่ขาดเลือดเซลล์ประสาทมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น สมองยุบวม เลือดออกกันน้อยลง ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลง ใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์

2. การฟื้นตัวจากขบวนการซ่อมแซม คือ ความสามารถในการเชื่อมโยงของเส้นประสาทที่ตัดขาดชีวิต เกิดจากเซลล์ประสาทสมองส่วนที่มีมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ได้แก่ การงอกของเซลล์ประสาทและแตกกิ่งก้านสาขาแขนงประสาทเดนไดรต์ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมอง ทำให้ส่งกระแสประสาทที่ตัดขาดชีวิต การฝึกสมองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมอง และมีการเชื่อมต่อโครงสร้างใยประสาทมากขึ้น การทำงานของสมองอาจใช้เวลา การเรียนรู้ การฝึกฝนอย่างต่อเนื่องที่ การกระตุ้นต่าง ๆ จะช่วยทำให้การสร้างสรรค์หรือช่วยสมองเกิดได้รวดเร็วขึ้นซึ่งการกระตุ้นการทำงานของสมอง จะทำให้ฟื้นตัวได้เร็ว

9. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก และอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยในระยะแรกกล้ามเนื้ออ่อนแอเปื่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย

2. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา ส่วนมากเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น

3. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เกี่ยวกับการกลืนซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้สติและการรับรู้ การรู้คิด เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองกลีบพาริเอทัล โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่น ความผิดปกติพบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความสามารถสูญเสียความสามารถที่พึ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเมโทรล หรือเป็นการสูญเสียความสามารถในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ผ่านมาซึ่ง



พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง การบกพร่องด้านการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

5. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะแรก ซึ่งความผิดปกติที่พบบ่อยคือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และความผิดปกติในการกลั้นปัสสาวะ

6. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีอาการ เปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสาเหตุด้านร่างกายเอง เช่น ร่างกายเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแอและประกอบกับภาวะอารมณ์ผ่นทางจิตใจ

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายก่อให้เกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า (ความวิตกกังวล)

10. การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเริ่มจากการฝึกเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนไหวย้ายตัว การฝึกเดิน การฝึกช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล สามารถทำได้ตั้งแต่แรกโดยความดูแลของพยาบาล และเรียนรู้ การใช้แขนขาข้างที่ตีบในการดูแลตนเอง ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินปัญหาอุปสรรค ความต้องการของผู้ที่มี

ภาวะทุพพลภาพ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งจะไม่เหมือนกันและแตกต่างกันในรายละเอียด

1. การรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้ เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่ม จัดเป็นคำๆ ควรใส่อาหารข้างที่ไม่อ่อนแรง และการต้มນ้ำ ควรต้มน้ำโดยใช้หลอดดูด เพื่อลดการสำลักและเป็นการรักษาปริมาณเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว

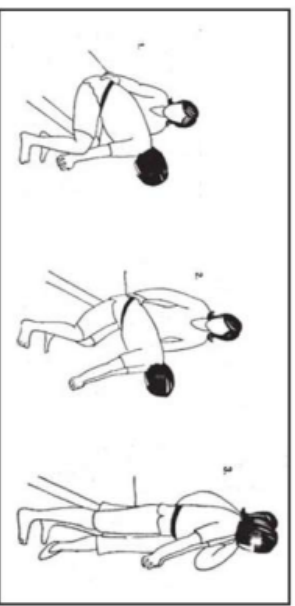


ที่มา <https://www.slideshare.net/Utaisuksukwatsirikul/ss-46732736>

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โบทินหวัด ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลช่วยเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กระทำด้วยตัวเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำความสะอาดให้การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีแปรงฟันหรือบ้วนปาก เป็นกิจกรรมที่กระทำ เพื่อจัดเตรียมอาหารและเชื้อโรคภายในช่องปากผู้ป่วย

3. การเคลื่อนย้าย การฝึกการเคลื่อนย้าย จะต้องเริ่มต้นเคลื่อนย้ายไปข้างที่ตีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ช่วยแต่ละราย จะฝึกการเคลื่อนย้ายร่างกายผู้ป่วยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าวผู้ป่วยมีการฝึกที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนย้ายต่าง ๆ ได้ดี

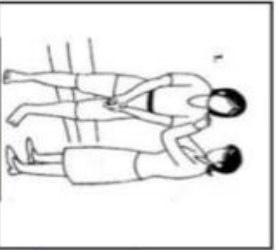
ลูกเข็น



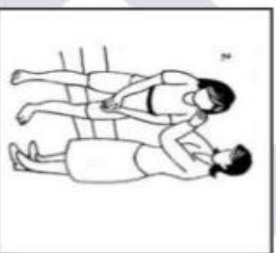
1-3. ผู้ดูแลผู้ช่วยด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย มือของผู้ดูแลจับเข็มขัดเพื่อป้องกันการล้ม ผู้ช่วยค่อย ๆ โน้มตัวมาทางตำแหน่งหน้าเท้าทั้งสองเท้าทั้งสอง จากนั้นค่อย ๆ เหยียดเข่าขึ้นจนเข้าเหยียดสุด

ที่มา <https://www.sirijsitrokkcenter.org/category>

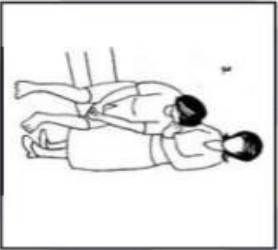
จากยืนลงนั่ง



1. ผู้ดูแลอยู่ด้านหลังของผู้ป่วย



2. ผู้ป่วยค่อย ๆ โน้มตัวมาด้านหน้า



3. จากนั้นค่อย ๆ ย่อตัวลง



4. จนก้นแตะพื้นหรือเก้าอี้

ที่ <https://www.srirajstrokecenter.org/category>



จากนอนหงายไปนั่ง



1. ผู้ดูแลยืนอยู่ข้างศีรษะและแรงของผู้ป่วย



2. ผู้ป่วยกางแขน



3. ผู้ดูแลจับใต้เข่าและปลายนิ้วขาข้างอ่อนแรง



4. งอเข่างอสะโพกแล้วตัวตั้งขาและนำเอาแขนมาวางบนลำตัว

ที่ <https://www.srirajstrokecenter.org/category>



5. ผู้ดูแลวางมือบนสะบักและ
สะโพกของซีกอ่อนแรง



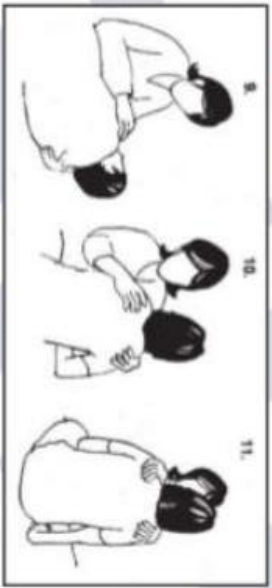
6. ทำการพลิกตัว



7. ผู้ดูแลจับเท้าหรือข้อเท้าทั้งสอง



8. แล้วนำขาาลงจากเตียง



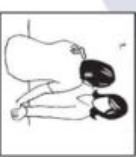
9. ผู้ดูแลนำมือ
วางที่ข้อไหล

10-11. ผู้ดูแลออกแรง พร้อมกับผู้ป่วย
ออกแรงแขน ช่วยกันตัวขึ้นนั่ง

ที่[ที่](https://www.sirirajstrokecenter.org/category)



จากนั่งลงนอน



1. ผู้ป่วยใช้มือขึ้นต้น



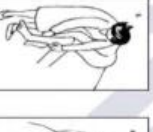
2. ผู้ดูแลนำแขนอ่อนแรงมาวางไว้



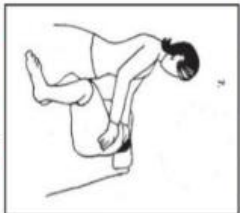
3-4. ผู้ดูแล 1, 2 ออกแรง พร้อมกับผู้ดูแลช่วยประคอง
แขนอ่อนแรง



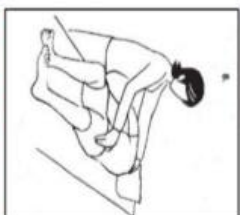
5. ผู้ดูแลช่วยนำเท้า
หรือข้อเท้าทั้งสองขึ้น
บนเตียงนอน



6. ผู้ดูแลผู้ดูแล
หรือผู้ดูแลช่วยนำ
เท้าทั้งสองขึ้นบนเตียง



7. ผู้ดูแลวางมือที่ข้อไหล่
และสะโพก



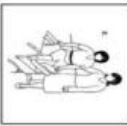
8. ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยนอนหงาย

ที่[ที่](https://www.sirirajstrokecenter.org/category)

จากเตียงไปรถเข็น



1. ผู้ดูแลช่วยพยุงศีรษะและไหล่ของผู้ป่วย ทำมุมเอียง 45 องศา



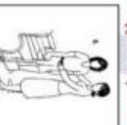
2. ผู้ดูแลช่วยพยุงเอวของผู้ป่วย ทำมุมเอียงเท่ากับที่เตียง



3. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย



4. ผู้ป่วยนอนหงายตัวกว้าง ก้มตัวมาช่วยพยุงศีรษะ



5. เมื่อผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงศีรษะ



6-7. ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่ของผู้ป่วยนอนหงายตัวกว้าง



8-9. ผู้ป่วยนอนหงาย ในไม้เท้าเท้าหน้า หรือไม้เท้าขาข้าง จนกระทั่งนั่งในรถเข็น

พินิจ <https://www.sirirajstrokecenter.org/category>



จากรถเข็นไปเตียง



1. ผู้ดูแลช่วยพยุงเอวของผู้ป่วย ทำมุมเอียงเท่ากับที่เตียง



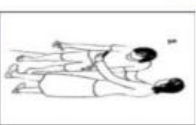
2. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่



3. ผู้ดูแลช่วยพยุงศีรษะของผู้ป่วย ทำมุมเอียง 45 องศา



4. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่



5. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่



6. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่

จากเตียงขึ้นเตียงนอน



1. ผู้ดูแลช่วยพยุงเอวของผู้ป่วย ทำมุมเอียงเท่ากับที่เตียง



2. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่



3. ผู้ดูแลช่วยพยุงศีรษะของผู้ป่วย ทำมุมเอียง 45 องศา



4. ผู้ป่วยตัวกว้างนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่



5-6. เมื่อผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ดูแลช่วยพยุงไหล่ของผู้ป่วย ทำมุมเอียงเท่ากับที่เตียง



พินิจ <https://www.sirirajstrokecenter.org/category>

4.การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัวเองจากลือเข้าไปยังลือรวม วิธีการเคลื่อนย้ายตัวไปห้องสุขาผู้ป่วย จัดลือขึ้นหันหน้าเข้าหาลือรวม ลือเคลื่อนเข็น ยกที่วางเท้าออก ใช้มือข้างปกติจับราวเกาะข้างฝาผนัง หรือที่นั่งบนผนังลือรวมส่วนที่ไกลจากตัวผู้ป่วย (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มตัวไปด้านหน้า หมุนเท้าด้านปกติให้หันหลังอยู่ในลักษณะพร้อมที่จะนั่งบนลือรวม

5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การเดิน ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรฝึกเดินในราวคูชานาน เมื่อผู้ป่วยเดินราวคูชานานมั่นคงแล้ว จึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยในการเดินอาจจะเป็นไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้า 3 ขา

6.การสวมใส่เสื้อผ้า หมายถึงการสวมใส่เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ซึ่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลควรที่จะเอื้อและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมที่จำเป็นได้ จึงควรมะแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แต่ร่างกายด้วยตนเอง



การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย



3. มือที่แข็งแรงดึงสิ่งอื่นไปจนถึงลือ จัดลือส่วนที่หรือพาไป

ด้านหลัง แล้วจับแขนไปจับราวซึ่งลือเคลื่อนเข้าในลือ



ที่งาน <https://www.slideshare.net/Utaisuksukwatstrikul/iss-46732736>

7.การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น วิธีการขึ้นบันได โดยการให้ผู้ป่วยใช้มือจับราวด้านหน้าลำตัวเหนือศูนย์กลางของก้นแรก ยกขาข้างปกติวางบนบันไดขั้นแรก ก้าวขาหนึ่งก้าว นำขาข้างที่อ่อนแรงวางข้างขาปกติ ทำซ้ำถึงบันไดขั้นบนสุด การลงบันไดโดยหันหลังลง โดยการยืนตัวขาทั้งสองบนบันไดขั้นบนสุด ก้าวขาหลังหนึ่งก้าวด้วยขาข้างที่อ่อนแรง นำขาข้างปกติวางข้างขาที่อ่อนแรง เลื่อนมือลงมาแล้วทำซ้ำ

8.การอาบน้ำ การอาบน้ำเป็นสิ่งที่จะต้องทำประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1

ครึ่ง ในตอนเช้าหรือเย็น ก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง

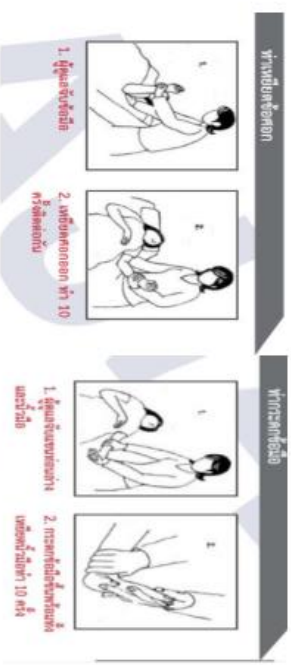
9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จะพบปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายมักไม่ค่อยรู้สติ ขาดความ
สนใจในตนเอง มีภาวะท้องผูก โดยมีสาเหตุจากความเสื่อมทั้งทาง
ร่างกายและทางสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการขับถ่ายเข้า โดยเฉพะผู้ที่มีการ
เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทำให้ถ่ายอุจจาระออกไม่หมด ความถี่ตัวของ
กล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ความรู้สึกว่ามี
อุจจาระมากในลำไส้ลดลง ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ ได้รับอาหาร
และน้ำน้อยลง หรือได้รับยาบางชนิด อาจทำให้การขับถ่ายนานออกไป
เช่น ยานอนหลับ ยาลดกรดบางชนิด

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
มักมีปัญหาไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ปัสสาวะไหลออก
ตลอดเวลา ปัสสาวะเล็ดราด การถ่ายปัสสาวะควรให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง
อาจเป็นการนั่งบนโถส้วม หรือเก้าอี้ที่นั่งถ่าย กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายาม
ถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงในระยะแรก

11. การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายมีการ
ปรับตัวส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มมาก
ขึ้นไปเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้นส่งผลให้สมอง



ทำงานได้ดีขึ้น ความเครียดต่าง ๆ ของร่างกายส่งผลให้ความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น



ที่มา <https://www.sitirajastrokecenter.org/category>

ภาวะทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยที่ได้รับไปรแกรมการฟื้นฟูมี
อาการ หรือ อาการแสดง ดังต่อไปนี้ควรพิจารณาการทำการฟื้นฟู
การฟื้นฟู

- ไข้ ≥ 38 องศา
- ชีพจร > 100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต SBP > 180 หรือ < 90 และ DBP > 110 หรือ
 < 60 มิลลิเมตรปรอท
- เจ็บแน่นหน้าอก
- หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
- หอบเหนื่อย
- ซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อไปได้
- ชัก
- แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียนมาก
- ขาบวม สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตันเฉียบพลัน



11. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

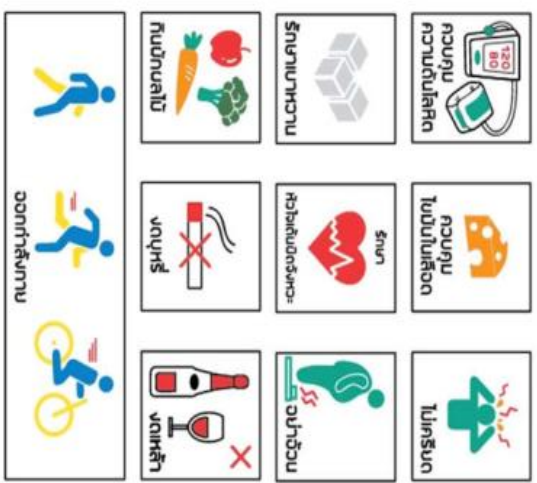
การป้องกันเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควร
ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่
ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบ อุดตัน หรือแตก เช่น ความดันโลหิต
สูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไชมันโนเลียดสูง การสูบบุหรี่ หรือขาดการ
ออกกำลังกาย เป็นต้น

- ตรวจเช็คสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ถ้าพบต้องรีบ
รักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- ในกรณีพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือ
แตก ต้องรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการ
รักษาของแพทย์ ห้ามหยุดยาเอง และควรรับประทานยา
มื่อการผิดปกติ
- ควบคุมระดับความดันโลหิต ไชมันโน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่
ในเกณฑ์ปกติ
- ควบคุมอาหารให้สมดุล หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อ
สัปดาห์ และควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม
- งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ถ้ามีอาการเตือนที่แสดงว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอชั่วคราว ควรรีบมาพบแพทย์ถึงแม้ว่าการเหล่านั้นจะหายได้เองเป็นปกติ
- ผู้ที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแล้ว แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่การใช้ยาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการติดตามผลและใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เนื่องจากถ้ามีการใช้ยาผิด ประสิทธิภาพจะเล็ลง หรือไม่มีการติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ทุกคนสามารถป้องกันอัมพาตด้วยการเริ่มต้นดูแลตนเอง เอาใจใส่สุขภาพของตนเองด้วยการตรวจสุขภาพ ลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควรป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบ อุดตัน หรือแตก หลักการปฏิบัติตน ดังนี้



ที่มา www.sirirajstrokecenter.org/2019/2910.html

1. ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ควบคุมระดับน้ำตาลเลือด ไม่ควรเกิน 140 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับคอเลสเตอรอล ไขมันน้อยกว่า 6.5 มิลลิกรัม ในรายที่ไม่เป็นเบาหวานน้ำตาลในเลือดควรอยู่ในระดับ 70-100 มิลลิกรัม
3. ควบคุมระดับคอเลสเตอรอลในเลือดให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัม ระดับไขมันดีให้มากกว่า 100 มิลลิกรัม ระดับไขมันเลวให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม

4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ควรตรวจเช็คคลื่นไฟฟ้าหัวใจเมื่อมีสัญญาณหัวใจเต้นผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
5. งดสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า

6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. ควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายควรน้อยกว่า 25
8. รับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ได้แก่
 1. ลดเกลือคือโซเดียมไม่เกิน 2,300 กรัมต่อวัน
 2. อาหารไขมันต่ำ ไขมันไม่ควรมากกว่า 6 ช้อนชา/วัน ควรใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันจากปลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น หนังกุ้ง เครื่องในสัตว์ กะทิ ไข่แดง เป็นต้น
 3. รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากใยสูง
 4. น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน
 9. ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 10. พักผ่อนให้เพียงพอ



8

เทคนิคป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดอัมพาต



งดสูบบุหรี่



ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
(150 นาทีต่อสัปดาห์)



ควบคุมไขมันในเลือด
ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ



งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
และลดไขมันอิ่มตัว



เลี้ยงดูความดันโลหิตสูง
ให้อยู่ในระดับปกติ



ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ



ควบคุมระดับไขมันในเลือด
และไขมันอิ่มตัว



ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
อย่างเคร่งครัด

ปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ที่มา <http://www.rayong-pao.go.th/home/blog/2019/>

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟูพัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การฟื้นฟูมีหลากหลายวิธีการ ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำแนะนำเรื่องปัญหาที่พบบ่อยในการดูแล การป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นซ้ำ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำ การฝึกการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม กับอาการของโรคที่เป็นอยู่ การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่วัยผู้ใหญ่หรือวัยชราจะขึ้นอยู่กับความสามารถป้องกันที่ตัวทางด้านสมองและกำลังกล้ามเนื้อเร็วขึ้น และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาทิ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนบนเตียงนาน ๆ เสริมกระดูกกันทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางปอด โรคกล้ามเนื้อติดตัวต้นในเส้นเลือดดำ เป็นต้น การฟื้นฟูที่ดีจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างคนไข้ ญาติหรือผู้ดูแล ทีมแพทย์ และทีมประสานเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยฝึกและเรียนรู้ทักษะบางอย่างใหม่ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

กิจกรรมบำบัด เพื่อฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อการใช้งานของแขนและมือ ฝึกกลืน ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ฟื้นฟูกระบวนการรับรู้ ความคิด และความจำ ผลต่อฝึกทำกิจวัตรประจำวัน

43



12. บริการสุขภาพที่ควรรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นภาวะฉุกเฉิน มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ผู้ป่วยควรได้พบแพทย์โดยเร็วที่สุด เนื่องจากเซลล์สมองขาดเลือดเพียง 1 นาทีจะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ ถ้าได้รับการรักษาช้า จะทำให้บริเวณที่สมองขาดเลือดขยายขนาดเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการเพิ่มมากขึ้น หรืออาจเสียชีวิตได้ ยิ่งรักษาเร็ว ยิ่งได้ผลดี หากพบว่าตัวท่านหรือบุคคลที่หมอการสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้ปฏิบัติ ดังนี้

- โทรแจ้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์บรรณโทร 1669 หรือติดต่อหน่วยบริการฉุกเฉินโดยทันที

แหล่งข้อมูลสำหรับประชาชน

- สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง
<https://thaistrokeociety.org/>
- สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
<http://neurothai.registration-master.com/home.php>

44

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันประสาทฯ กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอนามอส จำกัด.
- นิจศิริ ขาญณรงค์ (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเวลาเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปี่ยมพรหม เพ็ญวณิชกุล. (2555). การรักษารอคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เข็มแก้ว, กาญจนศิริสิงห์, กรณิศการ์ คงบุญเกียรติ และพิชชินทร์ อ้วนโต. *คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร: คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจรในระบบสุขภาพถ้วนหน้า* ระดับเขต 7 พ.ศ. 2555.
- พรภัทร อรรถมส์โรช. (2555) โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ: จรัสสินีวงศ์การพิมพ์
- เพลินดา ศรีปการ. (2544). การเตรียมอาหารและให้อาหารทางปากและทางสายยาง. ในเจียมจิต แสงสุวรรณ และอังฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์.



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล



ที่ อว 64.11/0396

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 มีนาคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. คำรับรองจากหัวหน้าโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. แบบรายงานการส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก (RF10) จำนวน 1 ชุด
 3. แบบสรุปโครงร่างการวิจัย (Protocol Summary) จำนวน 1 ชุด
 4. สารบัญ จำนวน 1 ชุด
 5. โครงร่างการวิจัย (Protocol) จำนวน 1 ชุด
 6. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร จำนวน 1 ชุด
 7. หนังสือแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร จำนวน 1 ชุด
 8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 9. ประวัติผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัยทุกคน จำนวน 1 ชุด
 10. หลักฐานการอบรม HRP / GCP ของผู้วิจัยหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 08-1832-1095
นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ โทร. 06-4359-6289

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี
เพื่อพิจารณาขานามในจดหมาย
ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศ.ดร.วิจิตร

27 มีนาคม 2563 เวลา 20:55



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทรศัทพ์ ๐-๒๒๔๔- ๓๘๔๓
 ที่สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๕๕๔/๒๕๖๓...วันที่.....๑๔...พฤษภาคม...๒๕๖๓.....
 เรื่อง ผลการพิจารณารับรองโครงการวิจัย (Expedited)

เรียน นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง...ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการท้าวหน้าที่ด้านการรู้คิด ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เลขที่โครงการ_๐๔๓/๖๓

คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก...๑๒...เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version ๑ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๓
๔. แบบบันทึกข้อมูล Version ๒ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓
๕. บทสนทนาทางโทรศัพท์ / แบบเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์
๖. งบประมาณและแหล่งทุน Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
๗. ประวัติผู้วิจัยหลัก :
 ๑. นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ
๘. ประวัติผู้ร่วมวิจัย/อาจารย์ที่ปรึกษา :
 ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หมายเหตุ : พิจารณาแบบยังไม่ได้มีการ Acknowledge ในการประชุมครั้งที่...๖...ปี...๒๕๖๓....

RLC : ๐๔๓/๖๓ E

๑. เพิ่มวันรายงานความก้าวหน้า ๕/๑/๕๔
๒. ปรับเนื้อหา และย่อหน้า ๖/๑/๖๐

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔-๓๘๔๓



COA ๐๔๔/๒๕๖๓

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : EFFECT OF REHABILITATION NURSING CARE OF COGNITIVE FUNCTION ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG PERSONS WITH ISCHEMIC STROKE

เลขที่โครงการ : ๐๔๓/๖๓

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version ๑ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๓
- แบบบันทึกข้อมูล Version ๒ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓
- บทสนทนาทางโทรศัพท์ / แบบเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์
- งบประมาณและแหล่งทุน Version ๒ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :
 ๑. นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ
- ประวัติผู้ร่วมวิจัย/อาจารย์ที่ปรึกษา :
 ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๔/๐๕/๒๕๖๓

วันหมดอายุ : ๑๓/๐๕/๒๕๖๔

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

พิจารณาและกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์ที่ระบุ) :
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๓๘๔๓ โทรสาร: ๐-๒๖๐๖-๘๐๘๕

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย หรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น
๓. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทุก.....๑๒.....เดือน หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
๔. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย ๔ สัปดาห์

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์ชั้นสูง) ชั้น ๑
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 ๒๕๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๒๖๓
 โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๓๕๒๖ โทรสาร: ๐-๒๖๖๘-๕๐๑๕



(สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน).....
 (ที่ตั้ง).....
 (เบอร์โทร).....

ที่.....สนง.คกก.๕๕๕/๖๓.....

วันที่๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓.....

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา

(ผ่านประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย)

ข้าพเจ้า.....น.ส.สุจิตตรา สาขานาญ.....ตำแหน่ง.....นิสิตหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาล-
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง.....ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการ
 ฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 รหัสโครงการ.....๐๔๓/๖๓.....COA เลขที่.....๐๔๘/๖๓.....วันที่รับรอง.....๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓.....
 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ตามสำเนาเอกสารรับรองที่แนบมา

เนื่องจากโครงการวิจัย.....มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าจะเก็บรักษาความลับของข้อมูลดังกล่าวตามหลักเกณฑ์การวิจัยในคน
 ของประเทศไทย และสากลอย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้เก็บข้อมูล จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....
 หัวหน้าโครงการวิจัย

เรียน หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา

เพื่อโปรดพิจารณา

(.....
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ภาคผนวก ง
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1
แบบเอกสารที่ RF 11_(F_Social)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

EFFECT OF REHABILITATION NURSING CARE OF COGNITIVE FUNCTION ON
ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG PERSONS WITH ISCHEMIC STROKE

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ
ที่อยู่ ที่ทำงาน: ศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลเวชธานี โทรศัพท์ 02-7340000
ที่บ้าน: หอพักพัฒนาพงษ์ 28 ซ.ลาดพร้าว 109 ถ.ลาดพร้าว คลองจั่น บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทรศัพท์มือถือ: 0643596289 E-mail: Sujitra.s@vejthani.com

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
ที่อยู่ ที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ถนน พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ประเทศไทย

โทรศัพท์ 02-218-1189 มือถือ 081-832-1095

E-mail: Rapin.p@chula.ac.th

เรียน ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง35-59 ปีและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้

Version 2

Date : .03.../...05...../..2020...

เริ่มใช้ 3 ต.ค. 2558

พิมพ์ที่งานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์ฟื้นฟู ชีว -
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยอวมินทร์ราชวิทยาลัย
๓๓๑ ถนนสามเสน แขวงวรจักรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๒
โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๓๒๑๖ โทรสาร: ๐-๒๖๒๘-๒๖๒๘

เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ที่มาของโครงการ

โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีอายุ 35-59 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ซึ่งการตีบของหลอดเลือดทั้ง 2 ตำแหน่งจะส่งผลให้เนื้อเยื่อสมอง ได้รับความเสียหายซึ่งสมองทำหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับระบบประสาทสั่งการการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก การสื่อความหมาย การควบคุมการปัสสาวะอุจจาระ และเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการรับรู้ความรู้สึกและการรู้คิด) ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้คงความสามารถของสมองในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติ ไม่เป็นภาระพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นใน การศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของฟวอร์ดน ฌูญญานูร์กิช (2522) กล่าวว่า กระบวนการเป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาโดยทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธีการตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและชักประวัติ ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการวางแผน การพยาบาล2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีปัญหาการรู้คิด ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย 3)

Version 2

วันที่ 3 ส.ค. 2558

ฉบับนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์พิษณุ

Date : 03/.../05.../2020...

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดพิษณุ

จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดพิษณุ

โทรศัพท์ : 0-06624-4410 โทรสาร : 0-06624-4404

การวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดย วางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การปฏิบัติตัว การฟื้นฟู การสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อ การฟื้นฟูด้านการรู้คิด เตรียมแผนการสอน การสร้างสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที และโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน 3 ครั้งใช้เวลา 15-20 นาที

2.วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

2.1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการ ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง35-59 ปีและเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล ไม่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือ Thai Mental State Examination (TMSE)

2. ความรุนแรงของของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (NIHSS) 5-14

3. ประเมินความพิการ (mRS) $2 \leq$ คะแนน

4. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

5. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

6. สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วม โครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1.ผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านการมองเห็น ผิดปกติของการสื่อสาร

2.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลและทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 24 ทั้งสองกลุ่ม มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องเข้าร่วม โครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัยใช้เวลา 6 มีการจัดกิจกรรมที่ โรงพยาบาล 3 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที และโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที และมาพบผู้วิจัยที่ โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง

หากท่านเข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการรับการประเมินและคัดกรองเกี่ยวกับความจำ และได้รับการช้กประวัติ รวมถึงได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟู ด้านการรู้คิด การได้สมุดคู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดบันทึกการทำกิจกรรม ระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูลและการทำลายเอกสาร

ระยะเวลาในการเก็บรักษาข้อมูลของอาสาสมัครจะเก็บข้อมูลของอาสาสมัครตั้งแต่เริ่ม โครงการ 6 สัปดาห์ และเอกสารของอาสาสมัครจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ทำลายโดยเครื่อง ทำลายเอกสาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัยผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟู การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ดังนั้น จึงไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วม โครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ยกเว้น จะมีค่าเดินทางแก่ อาสาสมัครกรณี Visit นอกเหนือตารางนัดของแพทย์ โดยค่าเดินทางครั้งละ 200 บาท

หากท่านไม่เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น โดยสมัครใจ และสามารถ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษา

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหาก ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ในกรณีที่ท่าน ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัย หรือข้อคำถามที่ไม่เข้าใจท่านสามารถติดต่อกับ ผู้ทำวิจัยคือ นางสาวสุจิตตรา สาขานาญ เบอร์โทรศัพท์ 064-359-6289 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง การจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ

Version 2  คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (ศึกษเวทศาสตร์ฟื้นฟู ชีว ๔ Date : .03.../...05...../..2020...

พิมพ์ 3 ต.ค. 2558

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๒๕๕ ถนนสามเสน แขวงจันทบุรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๔

โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๖๕๖๖ โทรสาร: ๐-๒๖๒๔-๕๐๕๕

ไม่มีการใช้ตัวอย่างชีวภาพ

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่ หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือ ท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควร ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เบอร์โทร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ หรือ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

การเก็บแบบบันทึกข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อรักษาความลับของอาสาสมัครข้อมูลของท่านไม่มีการเปิดเผยชื่อ – นามสกุล เอกสารที่เกี่ยวกับข้อมูลของท่านจะถูกเก็บในตู้ที่มีกุญแจปิดมิดชิดเปิดได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และการรายงานผลจะไม่ปรากฏชื่อในรายงาน แต่จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา หรือทำจดหมายแจ้งความจำนงค์ขอถอนตัวส่งถึงผู้วิจัย โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือกระทบต่อหน่วยงานของท่าน

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยที่ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือคิดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับ ข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ (ระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่โทรศัพท์/วิทยุติดตามตัวที่ติดต่อได้ ๒๔ ชั่วโมง)

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓ ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่..... (

นางสาว สุจิตตรา สาขานาญ)

เล่มใช้ 26 ก.พ. 56

Version : 1

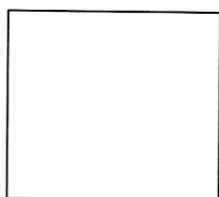
Date

ข้าพเจ้าร่วมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์ใหญ่ ชั้น ๑)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒๒๔ ถนนสามเสน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๒
โทรศัพท์: ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร: ๐-๒๒๒๘-๓๘๔๓

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



พิมพ์ลายนิ้วมือขวา

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ของ นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

ฉบับใช้ 26 ก.พ. 56

Version : 1

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา (สกอ.)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (สกอ.)

ถนนสามเสน แขวงจันทบุรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์: 0-2664-4412 โทรสาร: 0-2664-4412

Date

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์มาเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม

รหัสบันทึก.....

จำหน่ายวันที่

เบอร์โทรศัพท์:

Diagnosis:

• ระยะเวลาที่โทร สัปดาห์ที่ สัปดาห์ที่

1. อาการ ณ ปัจจุบัน

.....

.....

2. ปัญหา/อุปสรรคที่พบในการทำกิจกรรม/ ข้อเสนอแนะ

ปัญหา.....

อุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

3. คำแนะนำที่ให้ผู้ป่วย

.....

.....

.....

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

ผู้บันทึก.....วันที่.....เวลา.....

ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

1.1 แบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.841	15

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองและวินิจฉัยสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเท่ากับ .84 โดยเกณฑ์การยอมรับตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่าแบบสอบถามนี้เชื่อถือได้

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Reliability Statistics

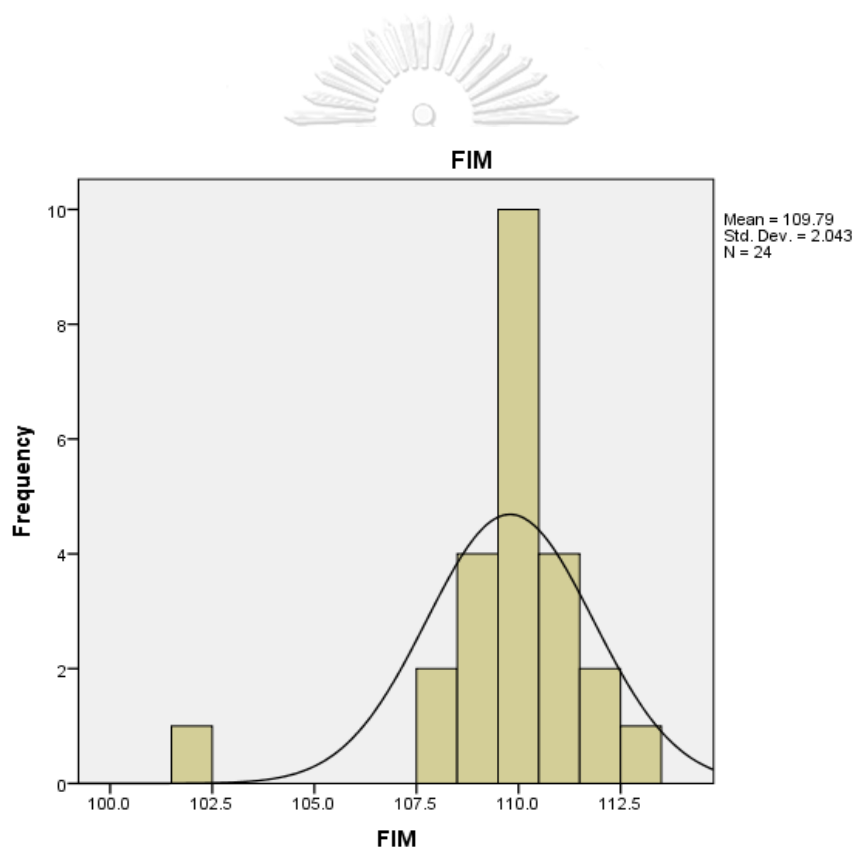
Cronbach's Alpha	N of Items
.876	15

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .87 โดยเกณฑ์การยอมรับตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่าแบบสอบถามนี้เชื่อถือได้.

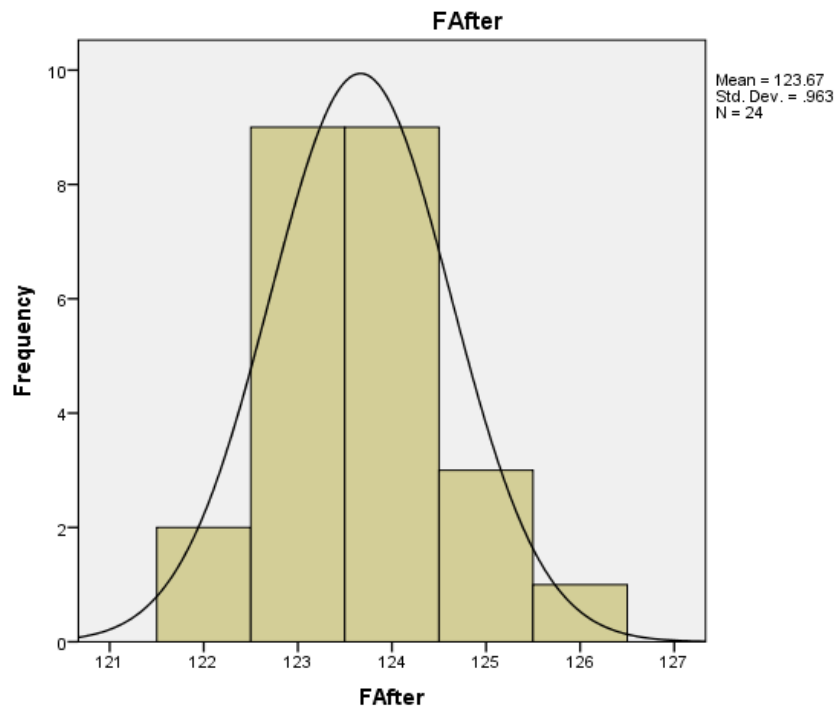
2. การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Descriptive Statistics Control Group

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation		Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	
After Valid N (listwise)	24	122	126	123.67	.197	.963	.437	.472	.270	.918	



รูปที่ 3 แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มควบคุม



รูปที่ 4 แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มทดลอง

3. ตารางแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 After - FIM	13.875	2.309	.471	12.900	14.850	29.438	23	.000

4. ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (N = 48)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Before	1.254	.269	-.878	46	.384	-.66667	.75890	-2.19426	.86093
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-.878	39.755	.385	-.66667	.75890	-2.20076	.86743

5. ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (N = 48)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
After	10.306	.002	5.288	46	.000	2.45833	.46487	1.52259	3.39408
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			5.288	32.564	.000	2.45833	.46487	1.51206	3.40461

6. ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคะแนนรายด้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 48)

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
preScore	control	24	38.33	1.341	.274
	intervention	24	37.96	1.122	.229
PostScore	control	24	41.96	.204	.042
	intervention	24	41.96	.204	.042



Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
preScore	Equal variances assumed	1.262	.267	1.051	46
	Equal variances not assumed			1.051	44.617
PostScore	Equal variances assumed	.000	1.000	.000	46
	Equal variances not assumed			.000	46.000

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
preScore	Equal variances assumed	.299	.375	.357	-.343
	Equal variances not assumed	.299	.375	.357	-.344
PostScore	Equal variances assumed	1.000	.000	.059	-.119
	Equal variances not assumed	1.000	.000	.059	-.119

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
preSPcare	control	12.08	.282	.058
	intervention	12.00	.000	.000
postSPcare	control	14.00	.000 ^a	.000
	intervention	14.00	.000 ^a	.000

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	
preSPcare	Equal variances assumed	10.120	.003	1.446	46
	Equal variances not assumed			1.446	23.000



Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means				
	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	
preSPcare	Equal variances assumed	.155	.083	.058	-.033
	Equal variances not assumed	.162	.083	.058	-.036

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
preMobi	control	24	18.25	.676	.138
	intervention	24	18.13	.338	.069
postMobi	control	24	20.83	.381	.078
	intervention	24	20.92	.282	.058

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
preMobi	Equal variances assumed	2.769	.103	.811	46
	Equal variances not assumed			.811	33.824
postMobi	Equal variances assumed	3.131	.083	-.861	46
	Equal variances not assumed			-.861	42.424

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
preMobi	Equal variances assumed	.422	.125	.154	-.185
	Equal variances not assumed	.423	.125	.154	-.188
postMobi	Equal variances assumed	.394	-.083	.097	-.278
	Equal variances not assumed	.394	-.083	.097	-.279

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PreLoco control	24	12.04	.204	.042
intervention	24	12.04	.204	.042
postLoco control	24	12.75	2.172	.443
intervention	24	13.21	.509	.104

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
PreLoco	Equal variances assumed	.000	1.000	.000	46
	Equal variances not assumed			.000	46.000
postLoco	Equal variances assumed	2.324	.134	-1.007	46
	Equal variances not assumed			-1.007	25.519

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
PreLoco	Equal variances assumed	1.000	.000	.059	-.119
	Equal variances not assumed	1.000	.000	.059	-.119
postLoco	Equal variances assumed	.319	-.458	.455	-1.375
	Equal variances not assumed	.324	-.458	.455	-1.395

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
preComm u	control	12.04	.359	.073
	intervention	12.00	.295	.060
postCom mu	control	12.71	.464	.095
	intervention	13.00	.417	.085

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
preCommu	Equal variances assumed	.771	.385	.440	46
	Equal variances not assumed			.440	44.343
postComm u	Equal variances assumed	7.999	.007	-2.290	46
	Equal variances not assumed			-2.290	45.480

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
preCommu	Equal variances assumed	.662	.042	.095
	Equal variances not assumed	.662	.042	.095
postCommu	Equal variances assumed	.027	-.292	.127
	Equal variances not assumed	.027	-.292	.127

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
preSocial control	24	18.00	.000 ^a	.000
preSocial intervention	24	18.00	.000 ^a	.000
postSocial control	24	18.71	1.042	.213
postSocial intervention	24	20.42	.584	.119

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
postSocial	Equal variances assumed	4.923	.031	-7.009	46
	Equal variances not assumed			-7.009	36.143

x

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower
postSocial	Equal variances assumed	.000	-1.708	.244	-2.199
	Equal variances not assumed	.000	-1.708	.244	-2.203

7.แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ คะแนนสมองเสื่อม ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาพักรักษาตัว และการวินิจฉัยโรค

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 24 คน)						กลุ่มทดลอง (n = 24 คน)					
	เพศ	อายุ	TMS E	NIHSS	วินิจฉัย ฉัย	LOS	เพศ	อายุ	TMSE	NIHSS	วินิจฉัย ฉัย	LOS
1	ชาย	57	27	5	1	5	ชาย	55	26	5	1	5
2	ชาย	39	27	5	1	5	ชาย	42	27	5	1	5
3	ชาย	39	26	6	1	5	ชาย	39	28	6	1	4
4	ชาย	59	26	5	1	5	ชาย	59	27	5	1	5
5	ชาย	52	27	5	2	5	ชาย	53	26	5	2	6
6	ชาย	49	26	5	1	5	ชาย	48	27	5	1	5
7	ชาย	44	26	5	1	4	ชาย	43	26	5	1	4
8	ชาย	56	26	5	1	5	ชาย	55	27	5	1	5
9	หญิง	41	28	5	1	4	หญิง	42	27	5	1	4
10	หญิง	39	27	5	1	5	หญิง	39	26	5	1	4
11	หญิง	58	26	5	2	5	หญิง	59	27	5	2	5
12	หญิง	38	27	5	1	4	หญิง	39	27	5	1	4
13	ชาย	59	27	5	1	5	ชาย	59	26	5	1	5
14	หญิง	52	26	5	1	6	หญิง	53	26	6	1	5
15	ชาย	57	27	5	1	5	ชาย	55	26	5	1	6
16	หญิง	41	28	5	1	5	หญิง	43	27	5	1	5
17	หญิง	36	27	5	1	4	หญิง	39	27	5	1	5
18	ชาย	47	26	5	1	5	ชาย	48	28	5	1	4
19	ชาย	50	26	5	1	4	ชาย	46	28	5	1	4
20	ชาย	58	26	6	1	5	ชาย	58	26	6	1	5
21	ชาย	52	26	5	1	5	ชาย	47	27	5	1	5
22	หญิง	59	26	5	1	5	หญิง	59	26	5	1	5
23	ชาย	40	27	5	1	4	ชาย	40	28	5	1	4
24	ชาย	50	27	5	1	5	ชาย	45	27	5	1	4

หมายเหตุ : LOS คือ Length of stay ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	สุจิตตรา สาขำนาญ
วัน เดือน ปี เกิด	2 กุมภาพันธ์ 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
วุฒิการศึกษา	พย.บ(พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ที่อยู่ปัจจุบัน	260 หมู่ 2 ต.เกษตรวิสัย อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด 45150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY