



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



สุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



สุภาพรณ กาญจนบรรยงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN STROKE
PATIENTS



SUPAPUN KANJANABUNYONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63910201: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
 คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล/ ความร่วมมือ/ การฟื้นฟูสมรรถภาพ/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 สุภาพรณ กาญจนบรรยงค์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION
 IN STROKE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส, ปร.ด., ปณิชา พล
 พิณีจ, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2567.

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วย
 ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ลดภาวะพึ่งพาครอบครัว, สามารถดึง
 ศักยภาพที่เหลือของตัวเองออกมาใช้, ไม่เกิดความพิการซ้ำซ้อน และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษา
 ครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย
 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และ
 ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือด
 สมองทั้งสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน
 3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเลือกสรร 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย คัดเลือกโดย
 วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถ
 ของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อ
 ไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ
 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรวม
 เท่ากับ 83.78 ($SD = 16.26$) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุน
 ทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนาย
 ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56 ($\text{adjusted } R^2 = .56$,
 $p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด
 ($\beta = .70$, $p < .01$) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ การส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมุ่งเน้นให้เกิดการ
 รับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

63910201: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS INFLUENCING/ ADHERENCE/ REHABILITATION/ STROKE PATIENTS

SUPAPUN KANJANABUNYONG : FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN STROKE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: CHUTIMA CHANTAMIT-O-PAS, Ph.D. PANICHA PONPINIJ, Ph.D. 2024.

The adherence of rehabilitation was important for stroke patients. This helped patients return to normal or near-normal life, reduce dependency on family, be able to bring out remaining patients' performance, prevent repeated disabilities, and help improve the quality of life. This predictive research aimed to assess the adherence of rehabilitation and factors influencing the adherence of rehabilitation in stroke patients including perceived self-efficacy, modified Rankin scale (mRS), social support, fear of falling, and anxiety in covid-19. The sample was patients with ischemic or hemorrhagic stroke at the first three months after diagnosis, followed up at four selected hospitals. A total of 109 participants were selected by simple random sampling. Research instruments included demographic data, perceived self-efficacy, mRS, social support, fear of falling, anxiety in covid-19, and the adherence of rehabilitation. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the mean score of the adherence of rehabilitation was 83.78 ($SD = 16.26$). The perceived self-efficacy, mRS, social support, fear of falling, and anxiety in covid-19 predicted 56% of the variance of adherence of rehabilitation in stroke patients ($adj. R^2 = .56, p < .01$). Perceived self-efficacy in the adherence of rehabilitation was the most predictive variable for the adherence of rehabilitation ($\beta = .70, p < .01$), followed by social support ($\beta = .39, p < .01$).

The findings provide that the adherence of rehabilitation should promote self-efficacy in conjunction with the provision of social support.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยคามมุ่งมั่น ตั้งใจของผู้วิจัย และได้รับความกรุณาอย่างดี จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอบาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้าและได้รับประสบการณ์อย่างมากในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ โรงพยาบาลบางละมุง รวมทั้งกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และคุณภัทรา บำรุงนา คุณสาริณี แก้วสว่าง คุณสุมาลี เชื้อพันธ์ คุณจันทราภรณ์ แรงใหม่ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ และให้กำลังใจในระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

สุภาพรรณ กาญจนบรรยงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
โรคหลอดเลือดสมอง	10
การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	25
ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	29
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง	31
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
สถานที่ในการวิจัย	40

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	53
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	58
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรค หลอด เลือดสมอง.....	62
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	66
สรุปผลการวิจัย.....	67
การอภิปรายผล	68
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	78
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	78
บรรณานุกรม	79
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	100
ภาคผนวก ง	107
ภาคผนวก จ	110

ภาคผนวก จ115

ประวัติย่อของผู้วิจัย130



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 109)	54
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 109)	57
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=109).....	59
ตารางที่ 4 ร้อยละของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (รายข้อ) (n=109)	60
ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=109).....	62
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=109)	64
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=109)	65

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO], 2021) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่ 14.5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และปัจจุบันมีผู้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากกว่า 80 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2560-2564) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 588,000 ราย ในปี 2563 เป็น 645,000 ราย ในปี 2564 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ และมีอาการแสดงคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต (World Health Organization [WHO], 2015) โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มประเภท ตามสาเหตุการเกิด คือ กลุ่มที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และกลุ่มที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือด (Hemorrhagic stroke) ซึ่งทั้ง 2 สาเหตุทำให้สมองเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน ส่งผลให้สมองทำงานผิดปกติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558; American Stroke Association, 2016) โดยจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ทั่วโลกพบมากกว่า 9.5 ล้านคน (World Stroke Organization [WSO], 2019) ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 80 (กิตติ เทียนขาว, 2564) ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้แก่ เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) และเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนใหญ่มีโอกาเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มหลอดเลือดสมองแตก และจะใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวของสมองมากกว่ากลุ่มหลอดเลือดสมองแตก (อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์, 2564; Chu et al., 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน

โรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย การสื่อสาร กระบวนการคิด และอารมณ์ กล่าวคือ ด้านร่างกาย จะพบว่า ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการอ่อนแรงเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด (Bruno-Petrina, 2020) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังเดิม หรือใกล้เคียงเดิมเพียงร้อยละ 10 อีกร้อยละ 90 จะมีความพิการเกิดขึ้น (Suwanwela, 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 28 ถึง 85 จะเกิดความเหนื่อยล้า (Cumming et al., 2016) และร้อยละ 17 ถึง 38 จะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Henry, 2017) ทำให้การบังคับกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก สำหรับด้านการสื่อสาร พบว่าร้อยละ 12 ผู้ป่วยจะเสียความสามารถในการพูด หรือด้านกระบวนการคิด ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด หรือมีปัญหาทั้ง 2 อย่างรวมกัน, นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 24 จะพูดไม่ชัด และพูดผิดปกติ (ศกามาต ตันวิจิตร และ วิษณุ กัมทรทิพย์, 2560; Mitchell et al., 2020) และด้านอารมณ์ จะพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 ถึง 66 (American Stroke Association [ASA], 2019) นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 29.3 มีความวิตกกังวล (Rafsten et al., 2018) และร้อยละ 28 ถึง 52 มีภาวะควบคุมการหัวเราะไม่ได้ (Lapchak, 2015) ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด การรักษาที่สำคัญ คือ การให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด (reperfusion of cerebral blood flow) ให้ได้เร็วที่สุด (American Stroke Association [ASA], 2019; Powers et al., 2018) และการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก คือ การผ่าตัด จะพิจารณาใช้ในกรณีที่มีเลือดออกในสมองจำนวนมาก หรือในรายที่มีภาวะสมองบวมจนกดเบียดเนื้อสมองที่ดี เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (ASA, 2019) ซึ่งภายหลังการรักษาด้วยวิธีข้างต้น ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ASA, 2019)

การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมร่วมกับทีมที่มีความเชี่ยวชาญ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะส่งผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ช่วยในการฟื้นฟูหายที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมองและร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เพราะหลังจากสมองได้รับความเสียหายในระยะเฉียบพลัน จะมีกระบวนการการฟื้นตัวของสมองเกิดขึ้นตามมาทันที โดยในระยะแรก เซลล์สมองส่วนที่เสียหายจะมีการปรับตัว โดยมีการทำหน้าที่ทดแทนจากเซลล์สมองส่วนใกล้เคียงที่ยังปกติ เรียกว่า Neuroplasticity ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านที่อ่อนแรง จึงถือว่าการกระตุ้นให้กระบวนการ Neuroplasticity ยังคงอยู่และ ส่งเสริมการฟื้นตัวของเซลล์สมองได้มากขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association [ASA], 2019; Powers et al., 2018)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การทำกายบำบัด ซึ่งเป็นการฝึกกำลังแขนขา การทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน (รุ่งรัตน์ พละไกร, 2564; O'Sullivan et al., 2019) การทำกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นการนำงานที่ทำเป็นประจำมาช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อโดยการใช้งานของแขนและมือ การฝึกการกลืน การฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (American Stroke Association [ASA], 2019; Belagaje, 2017) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดด้านการพูด โดยเป็นการฟื้นฟูในผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางภาษาหรือสูญเสียการสื่อความหมาย (American Stroke Association [ASA], 2019; Koyuncu et al., 2016) รวมทั้งการฟื้นฟูด้านโภชนาการ และการฟื้นฟูด้านสภาพจิตใจ (American Stroke Association [ASA], 2019) การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรูปแบบจะมีกระบวนการฟื้นฟูที่แตกต่างกัน โดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงกับพยาธิสภาพภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีศักยภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Murie-Fernandez and Marzo (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคและความพิการ และเพิ่มความสามารถของการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายจึงมีความสำคัญที่สุด สามารถลดความพิการหลงเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งช่วยดึงศักยภาพที่เหลือของตัวเองออกมา ลดภาวะพึ่งพาครอบครัว และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์, 2564)

แม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการรักษาและมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 50 จะมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (O'Carroll et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gracious พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 41.9 ที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Gracious, 2020) และการศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรค ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงร้อยละ 51.2 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง ให้ความ

ร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 63.5 (Gunnes et al., 2018) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่ยังคงขาดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากข้อมูลของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพ ย้อนหลัง 3 ปี (ปี2561-2563) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทุกรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และส่วนน้อยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแต่ละปีเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 40 (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพ, 2564) ในขณะที่ข้อมูลจากศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี ย้อนหลัง 3 ปี (ปี2561-2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเพียง ร้อยละ 30 (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี, 2564)

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังผลการศึกษาของ Miller et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเกิดจากหลากหลายปัจจัย อาทิเช่น กลัวการหกล้มขณะฟื้นฟูสมรรถภาพ ขาดการสนับสนุนที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและคิดว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นเรื่องที่ยากเกินความสามารถของผู้ป่วย

เมื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ การที่บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Caetano et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura. (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังผล ซึ่งหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะทำให้ขาดสิ่งจูงใจในการกระทำพฤติกรรม จากการศึกษาของ Caetano et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 93 ราย ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อความร่วมมือในการออกกำลังกาย ทำให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นร้อยละ 80

นอกจากนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัว

การหกล้ม รวมทั้งยังพบว่าความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือด (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2557; Jiang, 2014) และปัจจัยด้านจิตใจ ความกลัวการหกล้ม พบว่า เป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Tabah, 2020; Babbar et al., 2021) นอกจากนี้ภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนมาตรการต่าง ๆ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้มีการเว้นระยะห่างสังคม (Social distancing) ถูกนำมาใช้เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค จึงทำให้มีผลต่อความล่าช้าในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยและปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนในด้านการศึกษเกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีการศึกษาน้อย รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และยังพบว่ามีความไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษา โดยพบว่าปัจจัยด้านจิตใจ การกลัวการหกล้มเป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างตรงเป้าหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

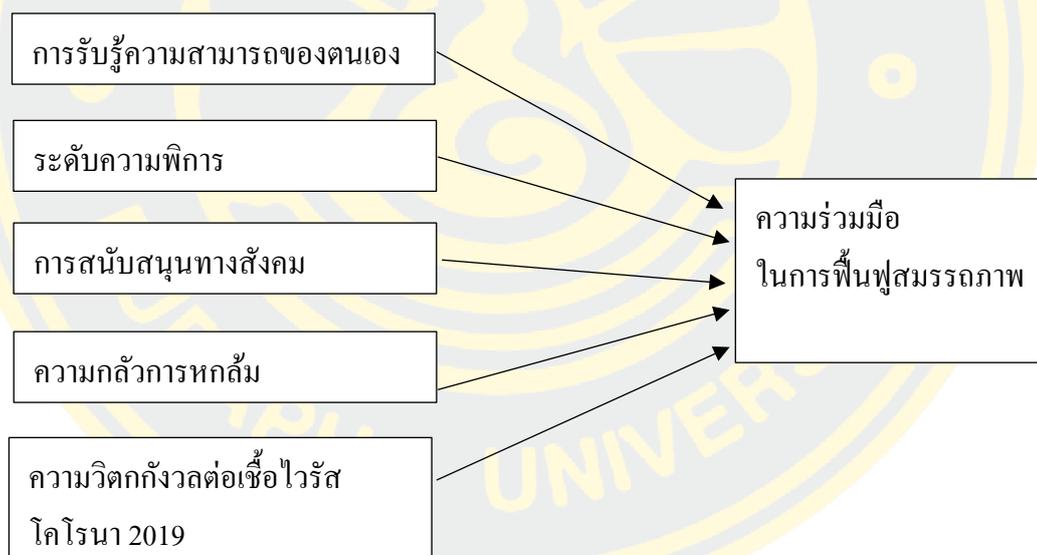
การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Theory of self-efficacy) ที่พัฒนาโดย Bandura (1986) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Bandura กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism)

ดังนั้นการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ปัจจัยหลักที่สำคัญคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดบุคคลเกิดความคาดหวัง โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรค ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองข้างต้น สามารถอธิบายเกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือ และเกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นทั้งสิ่งที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคที่กำหนดซึ่งกันและกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความพิการ เป็นทั้งปัจจัยที่อุปสรรคและส่งเสริมต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลใจ นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่งอำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นปัจจัยด้าน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น่าจะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแสดงรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับการทำกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index (Barthel ADL Index) มากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่แผนก

ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
 โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบัน
 สิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วย
 นอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง ระหว่างเดือน สิงหาคม
 พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
 แพทย์ทางระบบประสาท หรือมีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography
 [CT]) หรือผลการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging [MRI])
 ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือชนิดหลอดเลือดสมองแตก
 (Hemorrhagic stroke) หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก ที่มาติดตามการรักษาที่
 แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
 โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบัน
 สิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วย
 นอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความมั่นใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Stroke
 Self-Efficacy Questionnaire ของ Jone, Partridge & Reid (2008) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย
 ศุภลักษณ์ เข็มทอง (2552)

ระดับความพิการ หมายถึง ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบ
 สัมภาษณ์ Modified Rankin scale (mRS) ของ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวง
 สาธารณสุข (2549)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความ
 ช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
 เช่น การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่ แรงสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ
 เรื่องการรักษา และแรงสนับสนุนด้านบริการและสิ่งของ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การ
 สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของ พรทิพย์พา ธิมาขอม (2554)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การรับรู้ระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-international [Thai FES-I]) โดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554)

ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์คัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563)

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ การมาติดตามการรักษา การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยทำการแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสัมภาษณ์ Questionnaire of exercise adherence ของ Lin และคณะ (2013)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.7 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.8 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 คำจำกัดความของการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 2.2 ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 รูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และสูญเสียปีสุขภาวะระดับต้น (World Stroke Organization [WSO], 2019) ในปี พ.ศ. 2562 มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกที่ 101.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 77.2 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก 20.7 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกได้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง 8.4 ล้านคน โดยพบว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นประเทศที่มีความชุกสูงสุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและหลอดเลือดสมองชนิดแตก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคอื่น (American Heart Association, 2021) นอกจากนี้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ยังหลงเหลือความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากกว่า 80 ล้านคนทั่วโลก (WSO, 2019) ในประเทศไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2560-2564) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 588,000 ราย ในปี 2563 เป็น 645,000 ราย ในปี 2564 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เช่นเดียวกับสถิติการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบสถิติการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย (American Stroke Association, 2015) ให้ความหมาย โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ (Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากเกิดความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีการแตกของหลอดเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงภายในสมองที่นำออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวาง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและออกซิเจน ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองตาย สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) ให้ความหมายของ โรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการตีบ การแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง ซึ่งจะเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง

สรุป โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ และมีอาการแสดงคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่มประเภท ตามสาเหตุการเกิด

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถแบ่งตามสาเหตุของการเกิดได้ 2 กลุ่มประเภท คือ ภาวะสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองขาดเลือด ที่เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Kuriakose & Xiao, 2020) โดยทั่วโลกพบมากกว่า 77.2 ล้านคน (American Heart Association, 2021) ส่วนในประเทศไทยพบร้อยละ 80 (American Stroke Association, 2015) แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดอุดตันจากการแตกหรือฉีกขาดของผนังหลอดเลือดแดงชั้นในสุด (Embolic stroke) เกิดลิ่มเลือดไหลตามกระแสเลือดจนไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หรือมีแหล่งกำเนิดมาจากหลอดเลือดแดงแคโรติด (Internal carotid artery) หรือหลอดเลือดแดง Vertebral (Ntaios et al., 2021)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ (Thrombotic stroke) มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากการมีไขมันไปสะสมบริเวณผนังหลอดเลือดแดงที่มีขนาดใหญ่ ทั้งภายในและภายนอกสมอง ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ มีความยืดหยุ่นลดลง และมีประสิทธิภาพในการขนส่งและลำเลียงเลือดลดลง (American Stroke Association, 2022)

เมื่อเกิดการอุดตัน ในระยะแรกเซลล์สมองจะทำงานผิดปกติชั่วคราว โครงสร้างยังเป็นปกติ (Ischemic penumbra) หลอดเลือดที่อยู่รอบ ๆ บริเวณนั้นจะส่งเลือดมาเลี้ยงชดเชย เมื่อกลไกการชดเชยเกิดความล้มเหลว ปริมาณเลือดภายในเซลล์จะลดลงเรื่อยๆ เกิดความผิดปกติของสมดุลไอออน กลูตาเมตถูกหลั่งมากขึ้น ทำลายเยื่อหุ้มเซลล์จนเซลล์ตาย (Apoptosis) สมองบริเวณนี้จะไม่สามารถฟื้นคืนได้ (Ischemic core) เยื่อเลือกผ่านของสมอง (Blood brain barrier) จะสูญเสียหน้าที่ เนื้อสมองที่ตายจึงเกิดการบวมขึ้น หากสมองบวมมากความดันในช่องกะโหลกศีรษะจะเพิ่มขึ้นจนไปกดเบียดก้านสมองหรืออุดตันการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (พรภัทรธรรมสโรช, 2555)

2. หลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhagic stroke) พบร้อยละ 10 -15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (Kuriakose & Xiao, 2020) สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กิตติ เทียนขาว, 2564) สามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2560; Kuriakose & Xiao, 2020) ได้แก่

2.1 หลอดเลือดแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) เกิดจากหลอดเลือดแดงภายในสมองมีการแตก ทำให้มีเลือดไหลซึมเข้าไปในเนื้อสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันที ซึ่งเกิดจากก้อนเลือดไปกดเบียดบริเวณเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ เกิดการอักเสบ บวมจนไปกดเบียดช่องกะโหลกศีรษะ (Ventricle) ทำให้น้ำไขสันหลังเกิดการอุดตัน

ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนได้ ถ้าเลือดออกจำนวนมาก หรือกดเบียดก้านสมอง ผู้ป่วยอาจหมดสติ หรือเสียชีวิตได้

2.2 หลอดเลือดสมองแตกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดแดงโป่งพองผิดปกติ (Aneurysm) และแตกออก ทำให้เกิดเลือดออกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1.1 อายุ อายุที่มากขึ้น ความเสื่อมของหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่มากกว่า 55 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (Choudhury et al., 2015) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนในวัยอื่นมากถึง 2 เท่า (Sorganvi et al., 2014)

1.2 เพศ ในผู้ป่วยอายุน้อย พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย (Kuriakose & Xiao, 2020) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้หญิงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) การใช้ยาคุมกำเนิด และการใช้ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน (Kuriakose & Xiao, 2020) แต่สำหรับกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015)

1.3 เชื้อชาติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มคนชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเชื้อชาติอื่น ๆ (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2563; Choudhury et al., 2015) และจากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวระหว่างประชากรผิวดำและผิวขาวไม่พบความแตกต่างในช่วงอายุระหว่าง 45 – 65 ปี อย่างไรก็ตามพบว่า ในช่วงอายุนี้ผู้หญิงผิวขาวจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองขาดเลือดลดลง 32 % (IRR, 0.68 [95% CI, 0.49-0.94]) และผู้หญิงผิวดำจะมีความเสี่ยงลดลง 28 % (IRR, 0.72 [95% CI, 0.52-0.99]) เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายสีผิวเดียวกันและในช่วงอายุเดียวกัน (Howard et al., 2019)

1.4 พันธุกรรม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดโดยตรงหรือมีบิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าคนปกติ (Sorganvi et al., 2014) และจากการศึกษาของ Dharmasaroja (2014) พบว่า ความสัมพันธ์เชิงพันธุกรรมแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมส่งผลให้เกิดความโน้มเอียงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562) และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า (Choudhury et al., 2015) ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง พลังหลอดเลือดที่หนาตัวทำให้เกิดการตีบแคบ อุดตันและแตกได้ง่าย และผู้ที่มีความดันเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หากปล่อยทิ้งไว้ให้อยู่ในระดับนี้นานๆ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันถึง 7 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากการศึกษาของ Kuriakose and Xiao (2020) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบ และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้ไขมันไปสะสมที่ผนังหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองเกิดการตีบหรือตัน โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.3 โรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง (Chronic hyperglycemia) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติ และเกิดการทำลายเยื่อภายในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) เมื่อหลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณสมองเกิดการตีบหรืออุดตันได้ง่าย (Tun et al., 2017) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าปกติ 2 - 3 เท่า (อยุทธิณี สิงห์โกวิท, 2564)

2.4 โรคหัวใจ โรคหัวใจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation [AF]) ภาวะที่หัวใจห้องบนทำงานไม่ปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจ เพราะหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เต็มที่ เลือดที่ค้างอยู่ จึงมีการจับตัวกันเป็นลิ่มเลือดเล็ก ๆ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2558) เมื่ीलิ่มเลือดลอยออกจากหัวใจไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.5 รายต่อปี ในช่วงอายุ 50-59 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.5 รายต่อปี ในกลุ่มอายุ 80-89 ปี (Choudhury et al., 2015) นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้หญิงอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 20 (Kuriakose & Xiao, 2020)

2.5 การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประมาณร้อยละ 40 ของคนที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (เจษฎา เขียนดวงจันทร์ และคณะ, 2562) สารนิโคติน ทำให้หลอดเลือดแดงหดเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มไฟบริโนเจนทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น และสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือด คาร์บอนมอนอกไซด์จะจับฮีโมโกลบินแทนออกซิเจน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลง แรงบีบตัวลดลง ส่งผลหัวใจเต้นเร็วขึ้นและผิดปกติหวนมากขึ้น นอกจากนี้ในบุหรี่ยังมีฟอร์มาลดีไฮด์ อาร์เซนิก และไซยาไนด์ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้เพิ่มขึ้น โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดในสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 30-40 (โรงพยาบาลรามารบดี, 2562)

2.6 ภาวะหลอดเลือดคาโรติคตีบ โดยไม่มีอาการ เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid artery disease) มักเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง หรือมีคราบไขมันเกาะตามผนังหลอดเลือดซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ (ยรรยง ทองเจริญ, 2560; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.7 โรคอ้วน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นผู้ที่มีความอ้วน (Obesity) ซึ่งโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Choudhury et al., 2015; Boehme et al., 2017)

พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะสมองขาดเลือด เกิดจากสมองมีการอุดตันของหลอดเลือด สาเหตุจากการอุดตันจากลิ่มเลือด (Emboli, Thrombotic) ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบลง สมองจะขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าหลอดเลือดมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะส่งผลให้การขนส่งออกซิเจน (Oxygen) และน้ำตาล (Glucose) ที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ซึ่งเลือดที่ไหลเวียนลดลง จะส่งผลต่อสมอง สมองจะตายภายใน 4 นาที โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตร ต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงลดลง 16-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที สมองบริเวณนั้นจะขาดเลือดและมีการตาย (American Stroke Association [ASA], 2019)

หลอดเลือดสมองแตก เกิดจากการฉีกขาดหรือแตกของหลอดเลือดเกิดขึ้นทันทีทันใด และส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เกิดเลือดออก และ

ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจาก Brain herniation (American Stroke Association [ASA], 2019)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งอาการและอาการแสดง ตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการแสดงที่พบขึ้นอยู่กับบริเวณที่แขนงของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยง

1. หลอดเลือดแดงส่วนหน้า (Anterior cerebral artery [ACA]) ทำหน้าที่ในการส่งเลือดมาเลี้ยงสมองส่วนหน้า Frontal lobe เมื่อหลอดเลือดแดงส่วนหน้าเกิดการอุดตันหรือขาดเลือด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรงและชา ซึ่งบริเวณขามักจะอ่อนแรงมากกว่าแขนและมือ ผู้ป่วยบางรายอาจขยับแขนและขาไม่ได้ เกิดอาการสับสน บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ (Park et al., 2021)

2. หลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral artery [MCA]) แขนงของหลอดเลือดส่วนนี้ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองในส่วนหลังของ Frontal lobe, Parietal lobes และ Temporal lobes เมื่อเกิดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมองส่วนกลาง จะส่งผลให้มีอาการชา อ่อนแรงบริเวณใบหน้าและแขนด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพของโรค ส่วนนี้อาจพบว่า อาการอ่อนแรงน้อยกว่าแขน พบความผิดปกติด้านภาษา เกี่ยวกับการสื่อสารและความเข้าใจ (Global aphasia) การคิดคำนวณ ตัวเลขได้ลดลง (Disorientation) เพิกเฉยต่อสิ่งที่กระตุ้น อาจมีภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) มีลานสายตาบกพร่อง (Visual loss) มีตากรอกไปด้านตรงข้าม (Rennert et al., 2019)

3. หลอดเลือดแดงส่วนหลัง (Posterior circulation) ประกอบด้วยระบบหลอดเลือดแดง 3 ส่วน ได้แก่ Posterior cerebral artery, Posterior circulation-inferior cerebral artery และ Vertebrobasilar system ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Occipital lobe เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดง จะทำให้เกิดอาการสูญเสียการทรงตัว เดินเซ การรับรู้รู้สึกเปลี่ยนแปลง ลานสายตาผิดปกติ มีพูดลำบากและภาวะกลืนลำบาก (วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, 2558)

4. หลอดเลือดแดงแคโรติด้านใน (Internal carotid artery) เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงแคโรติด้านใน จะทำให้เกิดอาการใบหน้าอ่อนแรง แขนและขาข้างตรงข้ามกับพยาธิสภาพของโรคอ่อนแรง สูญเสียการรับรู้รู้สึก (Sensory deficits) ตาบอดครึ่งซีก (Hemianopia) การมองเห็นลดลง (Visual blurring) หากเป็นสมองด้าน Dominant จะส่งผลให้การรับรู้และความเข้าใจภาษาลดลง (Aphasia)

กลุ่มอาการ Middle cerebral artery เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และสำหรับกลุ่มอาการของ Basilar artery หลอดเลือดเบซิลาร์เกิดจากการบรรจบกันของหลอดเลือด Vertebral artery ที่บริเวณรอยต่อระหว่างพอนส์และเมดัลลา (Pontomedullary Junction) ไปสิ้นสุดด้วยการแตกแขนงเป็น Posterior Cerebral Artery สองเส้นที่บริเวณ Midbrain ถือเป็นหลอดเลือดที่สำคัญที่สุดของระบบการไหลเวียนเลือดของสมองส่วนด้านหลัง (Posterior Circulation) เพื่อไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของก้านสมองและ Cerebellum หากผู้ป่วยเกิดอาการหลอดเลือดเบซิลาร์ตีบ แยก ตัน เฉียบพลัน จะส่งผลให้ร่างกายเกิดอัมพาตทั้งตัว หรือกลุ่มอาการ LIS (Locked-in syndrome) และอาจส่งผลต่อการควบคุมการหายใจซึ่งเป็นอันตรายมากต่อผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละราย มีอาการและความรุนแรงแตกต่างกัน ตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง และตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีอาการและการดำเนินของโรคแตกต่างกัน จากอาการและอาการแสดงที่เกิดจากกลุ่มของหลอดเลือดที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน

ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 อาการอ่อนแรง เป็นอาการที่เด่นชัดของโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association [ASA], 2019) พบร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Bruno-Petrina, 2020) อาการอ่อนแรงจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง (Immobility) เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะทำให้เกิดอัมพาตซีกซ้าย และถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะเกิดอัมพาตซีกขวา เพราะสมองในแต่ละซีกจะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อในด้านตรงข้ามกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการควบคุมการทรงตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดั้งเดิมหรือใกล้เคียงเดิมเพียงร้อยละ 10 อีกร้อยละ 90 จะมีความพิการเกิดขึ้น (Suwanwela, 2014) จะเห็นได้ว่าปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่ง (สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

1.2 ความเหนียวล้า เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ร้อยละ 25-85 (Cumming et al., 2016) แต่พบอุบัติการณ์ความเหนียวล้าในชาวเอเชีย (Cumming et al., 2016) ความเหนียวล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับมาพักฟื้นที่บ้าน และอาจมีความเหนียวล้าต่อเนื่องจนถึง 36 เดือน (Duncan et al., 2012)

1.3 ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke spasticity) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ โดยพบได้ร้อยละ 17-38 (Henry

Hoffman, 2017) ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้ขาดความคล่องแคล่วและบังคับกล้ามเนื้อลำบาก เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อมือหรือแขนที่มีอาการเกร็งงอ ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือใช้มือหยิบจับสิ่งของได้ตามต้องการ (จารุวรรณ กิตติวราวุฒิ, 2561) และภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งมีส่วนทำให้เกิดข้อติดยึดตามมาได้ เช่น ข้อติดยึดบริเวณข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือและนิ้วมือ

1.4 อาการชัก โรคหลอดเลือดสมองสามารถเป็นสาเหตุให้เกิดอาการชัก(seizure) โรคลมชัก (epilepsy) และภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) ตามมาได้ (Krueger et al., 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง มีโอกาสเกิดอาการชักตามมาได้มากถึงร้อยละ 16-42 (Pande et al., 2018) และในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่าเกิดอาการชักตามมา ประมาณร้อยละ 2.3-27 (Pande et al., 2018)

2. ผลกระทบด้านการสื่อสารและกระบวนการคิด

2.1 ภาวะเสียการสื่อความ (Aphasia) ผู้ป่วยจะเสียความสามารถในการพูด หรือไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด หรือมีปัญหาทั้ง 2 อย่างรวมกัน อาจมีความบกพร่องในการเขียน การอ่าน การวาดรูป การคำนวณรวมด้วย สาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองที่ควบคุมด้านภาษา ภาวะเสียการสื่อความหมาย แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ชนิดพูดไม่คล่อง ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูดสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการของตัวเอง นึกคำไม่ออก แต่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด และชนิดพูดคล่อง ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจคำพูดของผู้อื่น สามารถพูดออกมาได้แต่เนื้อหาไม่ตรงกับเรื่องสนทนา (ผกามาต ดันวิจิตร และ วิษณุ กัมทรทิพย์, 2560) อะเฟเซีย พบได้ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mitchell et al., 2020)

2.2 อาการพูดไม่ชัด (dysarthria) เกิดจากปัญหาากล้ามเนื้อใบหน้า ปาก ลิ้น อ่อนแรง ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่สำคัญในการพูด ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด เสียงสั้นเครือ พูดซ้ำ พูดเบา พูดเสียงแหบ (ผกามาต ดันวิจิตร และ วิษณุ กัมทรทิพย์, 2560) อาการพูดไม่ชัด พบได้ร้อยละ 24 (Mitchell et al., 2020)

2.3 ภาวะการควบคุมโปรแกรมการพูดผิดปกติ (Apraxia) ปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดบกพร่อง ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการควบคุมลิ้น ริมฝีปาก ขากรรไกร ให้สัมพันธ์กัน ผู้ป่วยจะพูดซ้ำ พูดตะกุกตะกัก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความยากในการเริ่มพูด ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการออกเสียงพูด ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยพูดบางอย่างได้ สักพักให้พูดอีกครั้ง อาจพูดไม่ได้หรือพูดออกมาไม่เหมือนเดิม (ผกามาต ดันวิจิตร และ วิษณุ กัมทรทิพย์, 2560)

3. ผลกระทบด้านอารมณ์

3.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดหลังโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ร้อยละ 33-66 (American Stroke Association, 2019) ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมการรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางเคลื่อนไหวและการสื่อสาร (Matsuzaki et al., 2015) อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงสัปดาห์แรก คืออาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลง และอาการกระสับกระส่าย (Nakase et al., 2016) และเมื่อติดตามไปจนครบ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย

3.2 ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่พบได้ร้อยละ 29.3 (Rafsten et al., 2018) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก ซึ่งความวิตกกังวลจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.3 ภาวะควบคุมการหัวเราะไม่ได้ เป็นอาการที่เกิดจากตอนที่หัวเราะหรือร้องไห้ไม่สามารถควบคุมได้และไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิธีที่สมองจะควบคุมอารมณ์ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย รวมทั้งยังก่อกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งพบได้ร้อยละ 28-52 (Lapchak, 2015) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจวินิจฉัย เพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาท ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมอง โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนแรงแขนและขาครึ่งซีก อาการชาที่แขนและขาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ซึมลง สับสน เดินเซ และมองไม่เห็นหรือเห็นภาพซ้อน อาการจะเกิดโดยฉับพลันทันทีทันใด ทั้งต้องมีการวินิจฉัยแยกกับอาการที่คล้ายคลึงกัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลุ่มอาการเวียนศีรษะ เดินเซหรือบ้านหมุนจากสาเหตุอื่น ๆ หรือภาวะชัก (มนันชยา กองเมืองปัก และ ชีรเมธ บึงประเสริฐ, 2560)

2. การตรวจเลือด เป็นการเก็บตัวอย่างเลือด เพื่อนำไปทดสอบดูการก่อตัวของลิ่มเลือด ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดและสารเคมีต่าง ๆ ในเลือดเสียสมดุล จะส่งผลกระทบต่อแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ (American Heart Association, 2018)

3. การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา

3.1 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computed tomography) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และหากมีเลือดออกในสมอง จะเห็นได้อย่างชัดเจน หรือเพื่อแยกโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง (มนันชยา กองเมืองปัก และ ชีรเมธ บึงประเสริฐ, 2560) ข้อดี เป็นการตรวจที่

สามารถเน้นรายละเอียดของกระดูกกะโหลกศีรษะและสามารถเห็นเลือดออกในสมองได้ดี, สามารถตรวจได้รวดเร็วในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการตรวจ และค่าใช้จ่ายในการตรวจไม่สูงมาก ข้อจำกัด ได้รับรังสีเอกซ์ในการตรวจ, ความละเอียดของภาพสมองน้อยกว่าการตรวจด้วยเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้า และในบางกรณีถ้าจำเป็นต้องฉีดสารทึบรังสี อาจส่งผลกระทบต่อไตได้ จึงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง (โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่, 2559)

3.2 การเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) วัตถุประสงค์ คล้ายการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แต่จะช่วยให้แพทย์เห็นรายละเอียดของสมองได้อย่างชัดเจนมากกว่า ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น (American Heart Association, 2018) และเป็น การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองได้ ข้อดี สามารถถ่ายภาพสมองและเนื้อเยื่อประสาทได้ชัดเจนในหลายระนาบ โดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง สมองน้อย ไขสันหลัง รวมทั้งเส้นประสาทได้ชัดเจนกว่าการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, ไม่ได้รับสารรังสี ข้อจำกัด ใช้เวลาในการตรวจค่อนข้างนานและต้องอยู่นิ่ง ๆ ขณะตรวจ ในกรณีที่มีโลหะในร่างกายบางชนิดไม่สามารถทำการตรวจได้ เช่น การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง (clipping aneurysm) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น และในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกลัวที่แคบ ทำให้ไม่สามารถอยู่ในอุโมงค์แคบ ๆ ได้ (Claustrophobia) (โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครใหญ่, 2559)

3.3 การฉีดสีที่หลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram) เป็นการฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้โดย ใส่สายสวนหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบไปที่หลอดเลือดคอ แล้วฉีดสารทึบรังสี เพื่อดูการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ข้อดี ความละเอียดสูง, ความไว และความจำเพาะสูงสุด และสามารถใช้ในการรักษาได้ ข้อจำกัด เป็นวิธี Invasive, ค่าใช้จ่ายสูง, ทำให้เฉพาะบางโรงพยาบาล, ใช้สารทึบรังสี Iodinated contrast, มีความเสี่ยงต่อ Thromboembolism เลือดออกในสมองหรือที่ Puncture site vascular injury (ปกฤษณ์ จิตตภิรมย์ศักดิ์, 2564)

3.4 การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound) เป็นการตรวจหลอดเลือดใหญ่ที่คอ (Common Carotid Artery) ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อตรวจดูการไหลเวียนเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมอง และตรวจหลอดเลือดว่ามีคราบหินปูนหรือคราบไขมัน (Plaque) เกาะอยู่ภายในหลอดเลือดหรือไม่ และสามารถวัดขนาดของ (Plaque) ได้ เพราะเมื่อมีการหนาตัวมากขึ้นจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และอาจทำให้เส้นเลือดเกิดการตีบหรืออุดตันได้ (American Heart Association, 2018) ข้อดี ช่วยในการวินิจฉัย ประเมินความเสี่ยง การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, เป็นการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง ซึ่งมีความสะดวกและปลอดภัย และใช้เวลาในการตรวจไม่นาน ข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีแผลหรือแผลเป็นบริเวณคอ, ผู้ป่วยที่มีคอตันหรือความหนาของ

คอบวม และในผู้ป่วยที่มีการแตกแขนงของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนคอที่ค่อนข้างสูงชิดกับขากรรไกรล่าง ทำให้ไม่สามารถตรวจหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนคอที่ขึ้นไปเลี้ยงสมองได้ชัดเจน (ประวีณา ดิเรกวัฒน์ชัย, 2565)

3.5 การตรวจเอคโคหัวใจ (Echocardiography) เพื่อหาตำแหน่งที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณหัวใจ ซึ่งอาจเป็นต้นเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (ชญาพร เคนเลิศชัยกุล, 2560) ข้อดี ผู้ป่วยไม่เจ็บตัว, สามารถดูการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และลิ้นหัวใจ และไม่ต้องงดอาหาร ข้อจำกัด ไม่สามารถดูเส้นเลือดหัวใจได้ และอาจมองเห็นไม่ชัดเจนในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก เนื่องจากไขมันอาจขัดขวางคลื่นความถี่สูง

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้ตามระยะของการเกิดโรค ได้แก่ ระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะวิกฤต โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรก หลังจากเกิดอาการ การรักษาที่เฉพาะด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจำกัดความรุนแรงของโรค (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562) และระยะเรื้อรัง เป็นการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มต้นตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย และสงสัยว่ามีอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง แจ้งแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast track)

1. การรักษาด้วยยา

1.1 การให้สลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolysis) มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การให้ยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เลือดสามารถกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด (reperfusion of cerebral blood flow) ได้เร็วที่สุด โดยเฉพาะยา Recombinant tissue – Plasminogen Activator (rt-PA) หรือ Alteplase เป็นยามาตรฐานนิยมใช้มากที่สุด (Kuriakose & Xiao, 2020) หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง (American Stroke Association [ASA], 2019; Powers et al., 2018) จากการศึกษาของ นลินอร คูอาริยะกุล และคณะ (2564) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา alteplase ใน 24 ชั่วโมง ผลคะแนน NIHSS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และใน 1, 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา rt-PA คะแนน Barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 95 คะแนน แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่อยู่เกณฑ์การให้ยา IV rt-PA แพทย์จะให้การรักษาตามสภาวะที่เหมาะสมของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยาต้านเกล็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Powers et al., 2018)

1.2 การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) เพื่อต้านการเกาะรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด กลุ่ม Non-cardioembolic stroke ในระยะเฉียบพลัน และใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยาต้านเกล็ดเลือดที่นิยมใช้ในการรักษามีโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ Aspirin, Clopidogrel และ Ticagrelor (Kuriakose & Xiao, 2020) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนะนำให้ใช้ Aspirin 160-300 มิลลิกรัม ภายใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แต่ในกรณีที่ได้รับยา rt-PA ควรให้ยาต้านเกล็ดเลือด หลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว (Powers et al., 2019) หรือให้ยาแอสไพริน ขนาด 160 – 325 มิลลิกรัม/วัน โดยเริ่มให้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2561) สำหรับ Clopidogrel เป็นยาในกลุ่ม Thienpyridine derivatives ซึ่ง metabolite ของยาจะยับยั้งการจับของ Adenosine diphosphate กับ P2Y₁₂ Receptor ส่งผลให้ลด Platelet aggregation สำหรับปริมาณที่ใช้ใน Acute setting ได้แก่ Loading dose 300-600 มิลลิกรัม และยา Ticagrelor จะออกฤทธิ์ขัดขวางการจับ P2Y₁₂ Receptor แบบ Reversible ส่งผลให้ลดการเกิด Platelet aggregation จะออกฤทธิ์แบบ Short acting จึงต้องให้ยาวันละสองครั้ง ในระยะเฉียบพลัน (สุพพดา เมธารักษ์ชีพ และ ธนบูรณ์ วรกิจจารักษ์, 2563)

ซึ่งอย่างไรก็ดียา Aspirin ถือว่าเป็น First-line drug แต่ยังไม่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหมด หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่า การใช้ Dual antiplatelets เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ในแง่ของ Acute treatment และ Long-term prevention และในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาหรือมีข้อห้ามในการใช้ Aspirin ยาต้านเกล็ดเลือดอื่น ๆ ที่มีหลักฐานอาจถูกนำมาพิจารณาใช้ทดแทน นอกจากนี้การค้นหาสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ของผู้ป่วยแต่ละราย ถือว่าเป็นข้อมูลสำคัญในการพิจารณาเลือกยาต้านเกล็ดเลือดแต่ละชนิด

การให้ยาต้านเกล็ดเลือด 1. Acute treatment Aspirin 160-300 mg (Class I, A), Dual antiplatelets ได้แก่ การให้ Aspirin ร่วมกับ Clopidogrel นาน 21-90 วัน ใน Minor stroke หรือ High risk TIA (Class IIa, B-R), ไม่แนะนำ Ticagrelor ก่อนการเลือกใช้ Aspirin แต่อาจพิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา Aspirin (Class III, B-R) 2. Long term prevention Aspirin 50-325 มิลลิกรัมต่อวัน (Class I, A), Aspirin 25 มิลลิกรัม ร่วมกับ Extended-dipyridamole 200 mg วันละสองครั้ง, Clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวัน (Class IIa, B), แนะนำ Dual antiplatelet ได้แก่ Aspirin ร่วมกับ Clopidogrel (Class III,A) 3. การให้ยาต้านเกล็ดเลือดอิงตามกลไกการเกิดโรค Severe major intracranial artery stenosis 70-99% จะพิจารณาให้ clopidogrel 75 มิลลิกรัม เสริมจากการให้ Aspirin นาน 90 วัน (Class IIb, Level B), Major intracranial artery stenosis 50-99% แนะนำให้ใช้ Aspirin 325 มิลลิกรัมต่อวันมากกว่าการใช้ Warfarin (Class I, Level B) และ Symptomatic

carotid stenosis พิจารณาให้ clopidogrel 75 มิลลิกรัม เสริมจากการให้ Aspirin นาน 90 วัน (สุพพตา เมธารักษ์ชีพ และ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย, 2563)

1.3 การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เพื่อยับยั้งปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และลดความพิการในผู้ป่วย Embolic stroke สาเหตุจาก Atrial fibrillation (Li & Lip, 2018) ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานได้แก่

1.3.1 Vitamin K antagonist (Warfarin) warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็ว เนื่องจากสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ 2 ใน 3 เท่า และลดอัตราการตายได้ 1 ใน 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับ aspirin ซึ่งการให้ยา warfarin ควรปรับขนาดยาให้ได้ระดับ INR 2-3 ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี เนื่องจากยา warfarin มีช่วงรักษายของยาแคบ สามารถเกิดอันตรกิริยากับยาหรืออาหารได้หลายชนิด ส่งผลให้ระดับ INR เปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงจำเป็นต้องมีการติดตามระดับ INR อย่างใกล้ชิด เพื่อปรับขนาดยาให้มีความเหมาะสม (Kirchhof et al., 2016)

1.3.2 Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) เนื่องจากยา Warfarin มีข้อจำกัดในการใช้หลายอย่าง ยา NOACs จึงถูกพัฒนาขึ้นให้มีกลไกการออกฤทธิ์ได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น และเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา warfarin จากข้อมูลการศึกษาพบว่า ยา NOACs มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิด stroke และ systemic embolism ได้เทียบเท่าหรือดีกว่ายา warfarin และยังมียา NOACs บางชนิด ทำให้เกิด major bleeding น้อยกว่ายา warfarin อย่างไรก็ตามยา warfarin ก็ยังเป็นยาเพียงชนิดเดียวในปัจจุบันที่มีความข้อมูลของความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็ว ที่มีการทำงานของลิ้นหัวใจผิดปกติ (rheumatic mitral valve disease) และ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (mechanical heart valve prosthesis) ดังนั้นจึงไม่ควรเลือกใช้ยา NOACs ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Kirchhof et al., 2016)

1.4 การให้ยาลดความดันโลหิต สำหรับเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แต่ละกลุ่ม มีดังนี้

1.4.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ไม่ได้ให้การรักษาด้วยยา rt-PA เป้าหมาย คือ สูงไม่เกิน 220/120 mmHg (เป็นจุกา ทองจันทร์แก้ว และคณะ, 2565)

1.4.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ให้การรักษาด้วยยา rt-PA เป้าหมาย คือ สูงไม่เกิน 185/110 mmHg (เป็นจุกา ทองจันทร์แก้ว และ คณะ, 2565)

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 mmHg ควรรีบให้การรักษาเพื่อลด

ความดันโลหิตอย่างเร่งด่วน โดยเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น Nicardipine เริ่มให้ทางหลอดเลือดดำ 2 mg ในเวลา 1-2 นาที จากนั้นหยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องในอัตรา 5 mg/hour โดยสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความต้องการ ครั้งละ 2.5 mg/hour ทุก ๆ 5-15 นาที หรืออาจเลือกใช้ Labetalol ในขนาดเริ่มต้นที่ 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 1-2 นาที จากนั้นให้หยดเข้าหลอดเลือดดำต่อในอัตรา 2-8 mg/min (คำแนะนำระดับ I, คุณภาพหลักฐาน C) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1.4.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภายหลังให้การรักษาด้วยยา rt-PA เป้าหมาย คือ สูงไม่เกิน 180/105 mmHg (ปิ่นจุฑา ทองจันทร์แก้ว และ คณะ, 2565)

1.4.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ควบคุมความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg และหลีกเลี่ยงภาวะ Hypotension

ยาให้ทางหลอดเลือดดำด้วยอัตราเร็วคงที่ (Continuous Infusions) ควรใช้ infusion pump เพื่อให้ได้ rate ที่ถูกต้อง Nicardipine ขนาดยาเริ่มต้น 2.5 mg/hour (ผสมยาให้มีความเข้มข้น 0.1-0.2 mg/ml) แล้วเพิ่มขนาดยาครั้งละ 2.5 mg/hour ทุก 15 นาที เพื่อให้ได้ความดันโลหิตตามเป้าหมาย โดยปรับขนาดยาไม่เกิน 15 mg/hour หรือ Labetalol ขนาดยา 2 mg/min (สถาบันประสาทวิทยา, 2561)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด

2.1 การรักษาใส่สายสวนหลอดเลือด (Endovascular Therapy) เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมองเส้นใหญ่ ส่วนใหญ่การรักษาด้วย Endovascular Therapy จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมง หรือในรายที่สงสัยภาวะ Basilar occlusion ที่มีอาการภายใน 24 ชั่วโมง หรือมีอาการตอนตื่นนอน (Wake-up stroke) และนับเวลาจากตื่นนอนจนถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง (ASA, 2019) หรือทำในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้ว อาการยังผิดปกติ ร่วมกับหลอดเลือดสมองเส้นใหญ่มีลิ่มเลือดอุดตัน (Powers et al., 2015)

2.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy/Craniectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดในสมอง และการผ่าตัดเปิดกะโหลกกว้าง (Decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในหลอดเลือดแดงใหญ่ Middle cerebral artery (MCA) เพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ASA, 2019)

2.3 การผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำจากโพรงสมองชนิดชั่วคราว เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่มีน้ำและเลือดคั่งในโพรงสมอง โดยการใส่สายระบายจากโพรงน้ำในสมอง (Ventricle) ลง

สู่ร่างกายนอกร่างกายที่เป็นระบบปิดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หรือวัดความดันในกะโหลกศีรษะ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต และลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะพิการที่รุนแรง ในรายที่มีโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป้าหมายเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงสมองได้เร็วที่สุด ส่วนโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก เป้าหมายเพื่อป้องกันเลือดออกมากขึ้น ซึ่งภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือจะไม่สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น จิตใจเข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การฟื้นฟูสมรรถภาพและการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและการฟื้นฟูหาย โรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต, ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่-มัดเล็ก, การพูดการสื่อสาร, การรู้คิด, การมองเห็น และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เพราะฉะนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมร่วมกับทีมที่มีความเชี่ยวชาญจะช่วยในการฟื้นฟูหายที่ดี

ภายใน 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สมองจะสามารถฟื้นตัวและปรับโครงสร้างตัวเอง เพื่อพร้อมที่คิดจะเรียนรู้ หากสมองของเราได้รับการกระตุ้นอย่างถูกต้อง สมองจะมีการสร้างเซลล์ประสาทใหม่เพิ่มมากขึ้น เมื่อเซลล์ประสาทหลายๆ เซลล์เชื่อมโยงกันจะเกิดเป็นเส้นทางที่แข็งแรงและกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจาก 3 เดือนแรก การฟื้นฟูสมรรถภาพยังสามารถฝึกฝนได้และแต่การฟื้นฟูหายจะช้า (American Stroke Association [ASA], 2019)

ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2560) ได้แก่

1. ระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ซึ่งเป็นระยะที่สภาวะทางการแพทย์ยังไม่คงที่ เป้าหมายในการฟื้นฟูระยะนี้คือ เริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early mobilization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย คือ 24 ชั่วโมง หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับอาการทางระบบประสาทและระบบ Hemodynamic คงที่ เริ่มจากการลุกนั่ง การยืน และการเดิน (Mariana et al., 2023)

2. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase)

2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ (Intensive rehabilitation program) สำหรับผู้ป่วยที่ทำตามคำสั่งได้ 2 ขั้นตอน เรียนรู้ได้และสามารถนั่งทรงตัวได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเบา (less intensive rehabilitation program) สำหรับผู้ป่วยที่ทำตามคำสั่งได้ 1 ขั้นตอน และนั่ง ได้ประมาณครึ่งชั่วโมง

สำหรับเป้าหมายในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายตามศักยภาพสูงสุดที่คงเหลืออยู่ รวมทั้งช่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้นภายหลัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคม ทำงานอดิเรก และประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมองและร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องให้ผู้ป่วยพักนอนบนเตียงใน 24 ชั่วโมงแรกจนกว่าอาการทางระบบประสาทและระบบ Hemodynamic คงที่ ถ้าระบบ Hemodynamic คงที่แล้ว ควรเริ่มส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Bernhardt et al., 2017; Powers et al., 2018) เพราะในช่วง 3 เดือนแรก เพราะสมองสามารถฝึกและพัฒนาได้ดีที่สุด (American Stroke Association [ASA], 2019) และการเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วยังสามารถลดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนบนเตียงนานๆ เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางปอด โรคกล้ามเนื้อติดตัวในเส้นเลือดดำ เป็นต้น หลังจากนั้นระยะที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ดีรองลงมาในระยะ 3-6 เดือน แต่หากผ่าน 6 เดือนไปแล้ว จะมีการฟื้นฟูที่ลดลง แต่ก็ยังสามารถพัฒนาต่อไปได้เรื่อยๆ ถ้าได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์, 2564)

รูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. Physical Therapy หรือกายภาพบำบัด หมายถึง การฟื้นฟูสุขภาพด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายและใช้อุปกรณ์พิเศษ เพื่อรักษาผู้ป่วยให้กลับมาเคลื่อนไหวตามปกติได้มากที่สุด พร้อมทั้งเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นการทำงานและการเคลื่อนไหว การเดิน ขึ้นลงบันได ลุกขึ้นยืนจากเตียงหรือเก้าอี้ รวมทั้งเรียนรู้วิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดมาบาดเจ็บอีกครั้งด้วยการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินหรือเก้าอี้รถเข็นวีลแชร์ เป็นต้น (รุ่งรัตน์ พละไกร, 2564; American Stroke Association [ASA], 2019; O'Sullivan et al., 2019)

2. Occupational Therapy หรือ กิจกรรมบำบัด หมายถึง การนำงานที่ทำเป็นประจำมาช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติ หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บและผ่านระยะของการรักษาอาการจนพ้นจากภาวะวิกฤต ร่างกายจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพื่อให้ฟื้นหายและกลับมาใช้ร่างกายในการทำงานและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างใกล้เคียงเดิม (Belagaje, 2017) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกิจกรรมบำบัดจึงจะเน้นการนำอุปกรณ์มาช่วยฝึกทำให้กิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยทำอยู่แล้วและกระตุ้นทักษะเดิมคืนมา ซึ่งลักษณะของการทำกิจกรรมผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือกระทำเอง เช่น โปรแกรมการฝึกแขนและมือ ฝึกพับผ้าขนหนู, ฝึกหยิบของชิ้นเล็ก (รินทร์ดา อ่อนคำภา และคณะ, 2565)

3. Speech-Language Therapy หรือ การบำบัดด้านการพูด หมายถึง ภาวะบกพร่องทางภาษาหรือสูญเสียการสื่อความ (Aphasia) ผู้ป่วยที่มีอาการพูดไม่ชัดเนื่องจากความบกพร่องของกลไกประสาทที่ควบคุมอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด (Dysarthria) หรือพูดไม่ชัดเนื่องจาก มีความบกพร่องของสมองที่ควบคุม โปรแกรมการพูด (Apraxia of Speech) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการพูดจะทำการร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ซึ่งจะช่วยให้สมองกลับมาทำงานได้ และไม่เกิดการฟ่อตัวมากกว่าเดิม การบำบัดด้านการพูด ได้แก่ การฝึกการพูด การหายใจ (American Stroke Association [ASA], 2019; Koyuncu et al., 2016)

4. Nutritional Care หรือ นักกำหนดอาหาร จะใช้การกำหนดอาหารในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล (กรกต วีรเชียร, 2562; American Stroke Association [ASA], 2019) สำหรับโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) การรักษาหน้าหนักตัวให้เหมาะสม หากผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายมากกว่าเท่ากับ 23 จะหลีกเลี่ยงอาหารในกลุ่มที่ให้พลังงานสูง เช่น แป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด อาหารไขมันสูง จำพวกแกงกะทิ ของทอด
- 2) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำกัดการรับประทานโซเดียมไม่เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม
- 3) ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำกัดปริมาณคอเรสเตอรอลในอาหารไม่เกิน วันละ 300

มิลลิกรัม, เลือกวิธีการปรุงอาหารเป็น คัม ตุ่น นึ่ง อบ ยำ แทน, จัดอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้ง เนื่องจากใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมไขมันได้, หลีกเลี่ยง น้ำหวาน ขนมหวาน 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือโรคเบาหวาน ให้รับประทานอาหาร ให้หลากหลาย และรับประทานให้เป็นเวลา, หลีกเลี่ยงของหวาน อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล, ให้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารมากขึ้น เช่น ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีต เป็นต้น (ฝ่ายโภชนาการ รพ.ศิริราช, 2560)

5. Psychiatry/Psychology หรือ การฟื้นฟูปัญหาด้านสภาพจิตใจ จะคอยช่วยเหลือจิตใจ ผู้ป่วยในเรื่องของอาการหรือการยอมรับทางด้านจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (American Stroke Association [ASA], 2019) โดยการให้กำลังใจ, ระวังปัญหา, จัดกิจกรรม สันทนาการ เป็นต้น (อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์, 2564)

ในต่างประเทศมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ แต่ละด้านหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น The Ottawa Hospital Rehabilitation Centre (TOHRC) เป็นศูนย์เฉพาะทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในประเทศแคนาดา ซึ่งสามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถฟื้นหายและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยให้บริการทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รุ่งรัตน์ พลະไกร, 2564) สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกามีศูนย์การฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ โดยส่วนใหญ่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น New York Center for Rehabilitation & Nursing ที่เน้นการให้บริการด้วยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นไปที่การเคลื่อนไหวร่างกาย หลังจากผ่านระยะวิกฤต (รุ่งรัตน์ พลະไกร, 2564)

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะ เกือบถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งระบบ Intermediate care อยู่ในระยะฟื้นฟู เป็นระบบการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นระบบที่ใช้คัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ ญาติเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพจนถึงระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค ทำหน้าที่บริการ เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เช่น การให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วย ใน ที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมและให้บริการ

ที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนหรือครอบครัวเพื่อให้บริการตนเองแทนนักบำบัด (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรูปแบบจะมีกระบวนการฟื้นฟูที่แตกต่าง ซึ่งจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อมุ่งหวังผลเดียวกันคือ การทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองและกล้ามเนื้อ เป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติอีกครั้ง ลดภาวะพึ่งพาครอบครัว, ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดึงศักยภาพที่เหลือของตัวเองออกมาใช้, ไม่เกิดความพิการซ้ำซ้อนและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์, 2564) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากสถานการณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง (O'Carroll et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gracious พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41.9 ที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Gracious, 2020) และในด้านระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 51.2 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 63.5 (Gunnes et al., 2018) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลกรุงเทพ ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2561-2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 40

ความหมายของความร่วมมือ

องค์การอนามัยโลก (2003) ให้ความหมายของความร่วมมือของผู้ป่วย คือ พฤติกรรมของบุคคลที่มืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการรับประทานยา อาหาร และหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแผนการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยที่พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

Bissonnette (2008) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือของผู้ป่วย คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับแผนการรักษาที่กำหนดไว้

ความหมายของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Yao et al. (2017) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นพฤติกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Pishkhani et al. (2020) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ พฤติกรรมที่เกิดจากความสมัครใจ ให้ความร่วมมือ และเป็นพฤติกรรมการสื่อสารเชิงรุกของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

สรุป ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ พฤติกรรมที่มีอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

ผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลางและระดับรุนแรง จำนวน 131 คน ในประเทศสเปน ที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง ระดับความรุนแรงของโรคลดลงเหลือระดับเล็กน้อย, ระดับความพิการลดลงเหลือการเคลื่อนไหวได้เอง แต่ยังคงมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดเหลือภาวะพึ่งพาเล็กน้อย และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง หลงเหลือระดับความรุนแรงของระดับโรคปานกลาง, ระดับความพิการลดลงเหลือต้องมีผู้ช่วยเหลือ และการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเหลือภาวะพึ่งพاپานกลาง (Murie-Fernández & Marzo, 2020)

ดังนั้นเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค, ความพิการที่หลงเหลือหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะพึ่งพาต่อครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายจึงสำคัญที่สุด โดยเฉพาะในการค้นหาปัจจัยที่มีผลกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่มีผลต่อความพิการ การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของร่างกาย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนา โดย Albert Bandura นักจิตวิทยา ชาวแคนาดา-อเมริกา Bandura ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura เน้นแนวคิด 3 ประการ ประกอบด้วย

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)
3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามกรอบของ Bandura เชื่อว่า บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความสามารถของตนเอง ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) สูง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายตามกำหนด โดยที่พฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่จะเสริมเพื่อพฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะไม่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism)

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาจากปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม มาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และตัวแปรความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยจะทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน

สำหรับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (Bandura, 1977; Bandura, 1986) ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ความเชื่อในความสามารถของตนเอง สามารถพิจารณาจาก ความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ และพฤติกรรม ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถ สามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่

1.1 การส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery experience) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคล เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จของบุคคลสามารถสร้างความเชื่อมั่นต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ ในขณะที่ความล้มเหลวสามารถเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองร่วมกับนักกายภาพบำบัดแล้วทำให้สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น ช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้มากขึ้น จะยิ่งส่งเสริมให้ทำพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบและได้ผลที่พึงพอใจ จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งนี้สามารถจำแนกตัวแบบออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย 1) ตัวแบบที่มีชีวิต ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลทั่วไป ตัวอย่างเช่น ให้สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ ได้แก่ ภาพแม่แบบในสื่อสารมวลชน เช่น ในภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ คอมพิวเตอร์ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป เช่น การให้คำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีความรู้หรือมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพที่ไม่พร้อม หรือการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

2. ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) เป็นการประเมินค่าพฤติกรรม โดยเฉพาะการปฏิบัติที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากกฎพฤติกรรมที่ได้กระทำ

ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบ ข้างต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจในกระทำและการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือ หาก

บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมและคงพฤติกรรมนั้นไว้

สำหรับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้มีการประยุกต์นำมาใช้ในงานวิจัยด้านการศึกษาของ Caetano et al. (2020) เกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 80 และในงานวิจัยของ สายทอง ภูแมนเขียน (2556) พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

แนวความคิดความสามารถของตนเองยังถูกนำมาใช้จัดทำโปรแกรมในการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ ดังการวิจัยเชิงทดลองของ พรทิพย์พา ธิมายอม (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มียาเสพติดการดูแลตนเองของผู้รับบริการ อัมพาตครึ่งซีก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง = 209.097, $SD = 5.14$ และ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม = 184.270, $SD = 5.14$) และการศึกษาของ จิรัชยา สุวินทรการ และคณะ (2562) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง = 61.600, $SD = 9.665$ และ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเปรียบเทียบ = 55.533, $SD = 7.262$)

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองข้างต้น สามารถอธิบายเกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือฟื้นฟูสมรรถภาพ และเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความพิการ เป็นทั้งปัจจัยที่อุปสรรคและส่งเสริมต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลใจนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่งอำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยพบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกรอบแนวคิด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ เป็นลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา สามารถแบ่งออกเป็นเพศชายหรือเพศหญิง จากการศึกษาของ Cheiloudaki and Alexopoulos (2019) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในประเทศกรีซ จำนวน 140 ราย เป็นเพศชาย 93 ราย และเพศหญิง 47 ราย พบว่า ปัจจัยด้านเพศที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($p > .20$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gunnes et al. (2018) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดหรือชนิดแตก ทั้งเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหรือเกิดซ้ำ ในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 186 ราย เป็นเพศชาย 104 ราย และเพศหญิง 82 ราย พบว่า ปัจจัยด้านเพศที่แตกต่างกันส่งผลความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทยของ ภาณี วสุเสถียร (2561) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.25 ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า เพศที่มีความแตกต่างจะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงจะให้การดูแลตนเองเอาใจใส่เรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร หุตากร (2559) พบว่า เพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 30-80 ปี ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 15 วันแรก ในประเทศอิหร่าน พบว่า วัยสูงอายุเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะอยากกลับไปทำงาน จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Pishkhani et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah et al. (2020) ในทวีปยุโรป พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสูงอายุจะเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพจะลดลงร้อยละ 10 ร่วมกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองชนิดแตก ที่มีอายุเฉลี่ย 50-90 ปี ในชุมชนของสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า อายุที่มากขึ้นจะส่งผลความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ลดลง ($p < .01$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ Ogwumike et al. (2015) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 35-75 ปี ที่มาเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คลินิกกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก ในประเทศไนจีเรีย จำนวน 88 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r = .82, p = .56$)

การศึกษา เป็นกระบวนการอย่างเป็นทางการ ซึ่งส่งผ่านความรู้ ทักษะ จารีต ประเพณีและค่านิยมที่ส่งต่อจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาของ Ogwumike et al. (2015) พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือระดับการศึกษา ($p = .14$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ($p = .07$) ร่วมกับการศึกษาของ ภารณี วสุเสถียร (2561) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และ สุธัชฉิน แซ่ตัน (2563) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p = .08$)

อายุ และเพศ เป็นปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคลเอง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก จึงไม่นำมาอยู่ในกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในการกำหนดพฤติกรรม หรือการแสดงออก จะมุ่งเน้นไปที่ความคาดหวัง (expectation) ต่อผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป สำหรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองชนิดแตก ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 1 ปี ที่มาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิและ

โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 210 ราย พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; ปนัดดา ภักดีวิวรรธ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. 2020 ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 208 ราย จาก 3 ชุมชน ของเมืองเจิ้งโจว สาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ($\beta = .44, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caetano et al. (2020) ในประเทศบราซิล ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองชนิดแตก ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิน 6 เดือน ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 93 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($B = 1.95, p < .001$) สามารถอธิบายเพิ่มได้ ร้อยละ 80 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah et al. (2020) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลงจะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

ระดับความพิการ เป็นภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Gunnes et al. (2018) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหรือโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองชนิดแตก อายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป ระดับความพิการ (mRs) < 5 คะแนน จำนวน 135 คน ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ($OR = 0.777, 95\% CI 0.604-0.999, p = .049$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pishkhai et al. (2019) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 30-80 ปี ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 15 วันแรก ในประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือ จะต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในทางกลับกันความพิการเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบางคนให้เพิ่มความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการศึกษาของ Hamre et al. (2021) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่มีอายุ 18-70 ปี คะแนนระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) 0-3 คะแนน จำนวน 101 คน ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศนอร์เวย์ พบว่า ความพิการมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .008, p = .01$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่ แรงสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องการรักษา และแรงสนับสนุนด้านบริการและสิ่งของ เช่น เงินทอง สิ่งของ การช่วยเหลือทางกายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค

จากการศึกษาของ นิรมล บั้นลายนาค (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายที่หลงเหลือความพิการต้องมีครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลช่วยเยียวยาในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพประสบความสำเร็จและเกิดผลดีกับผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 159 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .506, p = .01$) และการศึกษาของ Jiang (2014) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 88 ราย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.535, p < .01$) ร่วมกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีอิทธิพลต่อความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ($\beta = .222, p < .001$) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมมาจากครอบครัว คู่สมรส และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงการกระตุ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Tabah et al., 2020)

ความกลัวการหกล้ม เป็นการรับรู้ระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม โรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านระบบประสาทสั่งการ การทรงตัว การรับรู้รู้สึก รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (อภิฤดี จิระวิโรจน์ และ นิชาภัทร พุฒิกามิน, 2556) ซึ่งการหกล้มเป็นปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู รวมทั้งส่งผลอื่น ๆ ตามมา เช่น เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย เกิดภาวะกระดูกหัก จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย (วสันต์ กองอุบล, 2561) รวมทั้งความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่จึงพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปีหรือปีละกว่า 3 ล้านราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,

2565) ส่งผลให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ซึ่งความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ricci et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah et al. (2020) พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ Ogwumike et al. (2015) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 33-75 ปี ที่มารับรักษาที่คลินิกกายภาพบำบัด ในประเทศไนจีเรีย จำนวน 52 ราย พบว่า ความกลัวการหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.49, p = .32$) ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยของ Ogwumike et al. มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด ซึ่งส่งผลให้ความกลัวการหกล้มไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า ความกลัวการหกล้มเป็นทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 74 ราย (Babbar et al., 2021) และพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 91.7 มีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับสูง (อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2560)

ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ภาวะวิตกกังวลหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยในปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลใจ การเว้นระยะห่างสังคม (Social distancing) ถูกนำมาใช้เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย (Hosseiniravandi et al., 2020) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จากการศึกษาของ Zhang et al. (2020) พบว่า ผลกระทบของแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของชาวจีน มากกว่าร้อยละ 50 รู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากมีแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจากการศึกษาของ Vitturi (2021) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะถูกกละเลยเรื่องการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เนื่องจากวิตกกังวลและกลัวว่าจะเชื่อในโรงพยาบาล จึงทำให้มีผลต่อความล่าช้าในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีทั้งกลุ่มที่ให้ความร่วมมือเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และไม่ต่อเนื่อง รวมถึงพบความไม่สอดคล้องกันของบางผลการศึกษา โดยการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทย ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนในด้านการศึกษา

เกี่ยวกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีการศึกษาน้อย รวมถึงยังพบน้อยเกี่ยวกับการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ กับการศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างตรงเป้าหมาย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่ในการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลที่มีแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง และแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งมีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และโรงพยาบาลบางละมุง

โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในประเทศ ให้การตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะ เข้า Clinical Pathway for Stroke โดยให้การดูแลรักษาตามแนวทางของ Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage, Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke (AHA ASA, 2012; AHA ASA, 2015; AHA ASA, 2019) สหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการติดตาม ประเมินอาการ และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ มีการมาตรวจติดตามการรักษาที่ศูนย์สมองและระบบประสาท ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563-2564 จำนวน 245 คน และ 240 คน ตามลำดับ โดยมีแพทย์เชี่ยวชาญด้านสมองและระบบประสาท 29 คน พยาบาลประจำศูนย์สมองและระบบประสาท 8 คน

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นองค์กรแห่งความเป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะ ให้บริการในกลุ่มคนพิการทั่วประเทศ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในกระบวนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีงานบริการผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยบริการทางคลินิกที่ให้บริการตรวจรักษา

วินิจฉัย และประเมินความพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวเพื่อรับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง และแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งมีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากที่อยู่ภายใต้แพทย์ระบบประสาทหรือประสาทศัลยแพทย์ประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถเริ่มทำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จะส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อประเมินและวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นนักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด และนักอรรถบำบัด จะประเมินและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้ป่วย และให้ความรู้ก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้ป่วยและญาติ

การนัดติดตามการรักษาที่อายุรแพทย์ระบบประสาท หรือแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท และหรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จะนัดภายใน 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัดโรงพยาบาลบางละมุง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index มากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
4. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนที่เข้าใจภาษา (Wernicker's aphasia)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริงทั้งหมด ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการคำนวณจากสูตรที่ไม่ต้องใช้จำนวนประชากรในการคำนวณ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ โดยใช้สูตรของ Tabachnick, Fidell, and Ullman (2007) คือ $N \geq 104 + m$

โดย N แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

m แทน จำนวนตัวแปรต้น (การศึกษารั้งนี้มีทั้งหมด 5 ตัวแปร)

แทนค่าจากสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 109 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการสุ่มจากโรงพยาบาล ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแผนกศูนย์สมองและระบบประสาท แผนกศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/คลินิกกายภาพบำบัด ที่มีมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้แก่ 1)โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ 2)โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล 3)โรงพยาบาลพญาไท 1 4)โรงพยาบาลพญาไท 2 5)โรงพยาบาลพญาไท 3 6)โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท 7)โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ และ 8)โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน รวมทั้งสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นศูนย์บริการเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ และ โรงพยาบาลบางละมุง ที่มีมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้โรงพยาบาลทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ได้แก่

โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่

โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
โรงพยาบาลบางละมุง

2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง เข้าร่วมโครงการวิจัย จัดทำเป็นQR code สำหรับรายละเอียด โดยมีข้อความเบื้องต้น ดังนี้

“ขอเชิญชวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ คือ มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีแขนขาอ่อนแรง หรือมีภาวะอัมพาตครึ่งซีก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการได้ด้วยขั้นตอนดังนี้ ติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 098-2634209 หรือแจ้งความจำนงได้ที่พยาบาลแผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมที่ QR code หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณสุภาพรณ กาญจนบรรยงค์ เบอร์โทรศัพท์ 098-2634209 การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการขึ้นอยู่กับท่าน ไม่มีการบังคับหรือผูกมัด”

3. หลังจากมีผู้สนใจซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวมาติดต่อในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลาก ลำดับเลขคีของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยพบผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เรียบเชิญเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการลงนามเป็นกลุ่มตัวอย่างและเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนข้างต้น จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 109 ราย โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ (Proportion to size sampling) เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วย

นอกอาชุกรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอาชุกรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาล
บางละมุง ในปี พ.ศ. 2564 ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2564 (คน)	จำนวนสัดส่วน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนลและโรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่	240	10%	11
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	720	45%	49
โรงพยาบาลบางละมุง	720	45%	49
รวม	1,680	100%	109

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล 6 ชุด รายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 15 ข้อ
ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ ลักษณะที่อยู่อาศัย สิทธิในการรักษา รายได้
2. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง โรคร่วม การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมิน Stroke Self-Efficacy
Questionnaire ของ Jone, Partridge & Reid (2008) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ศุภลักษณ์ เข็มทอง
(2552) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉบับภาษาอังกฤษและฉบับภาษาไทย

มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจเป็นเรื่องยากในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numerical rating scale) โดยเป็นเส้นตรง จากตำแหน่ง 0 บนเส้นตรงซ้ายสุด หมายถึง 'ไม่มั่นใจเลย' และระดับคะแนนจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไป ทางขวามือ จนถึง 10 บนเส้นตรงขวาสุด หมายถึง 'มั่นใจมากที่สุด' ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .94

การแปลความหมาย ถ้าได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพสูง

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมิน Modified Rankin scale (mRS) ของ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) มีข้อคำถาม 1 ข้อ เกี่ยวกับภาวะพึ่งพาในการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .78

การแปลความหมาย คะแนนที่เพิ่มมากขึ้นแสดงถึงภาวะทุพพลภาพที่มากขึ้น

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ของ พรทิพย์ฟ้า ธิมายอม (2554) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบประเมินซึ่งประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ (1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15) คำถามเชิงลบ (3, 5, 9, 13) เกณฑ์ในการให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความเชิงบวก มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุด คือ ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน มากที่สุด ให้ 5 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม คือ ไม่มีเลย ให้ 5 คะแนน มากที่สุด ให้ 1 คะแนน ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .863

การแปลความหมาย คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีการสนับสนุนของครอบครัวสูง ส่วนคะแนนรวมต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนของครอบครัวต่ำ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-international [Thai FES-I]) โดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) แปลมาจาก Falls Efficacy Scale-international [FES-I] ProFaNE. (2006) ซึ่งฉบับภาษาอังกฤษเปิดให้นำมาใช้ได้เป็นสาธารณะ และผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถาม

ทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้ม เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

คะแนน 4 หมายถึง กลัวการหกล้มมากที่สุด

คะแนน 3 หมายถึง กลัวการหกล้มมาก

คะแนน 2 หมายถึง กลัวการหกล้มเล็กน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มเลย

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 16-64 ซึ่งการแปลความหมายจากคะแนนรวม โดยค่าคะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่ากลัวการหกล้ม เล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟู

สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบคัดกรอง มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .88

โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง มาก/ประจำ

คะแนน 2 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มี

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 5-15 การแปลความหมาย คะแนน 5-6 คะแนน มีความกังวลในระดับต่ำ คะแนน 7-11 คะแนน มีความกังวลในระดับปานกลาง และคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป มีกังวลในระดับสูง

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของต้นฉบับ Questionnaire of Exercise Adherence (Lin et al, 2013)ให้นำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย ตามกระบวนการอ้างอิงจาก International society for pharmaco-economic and outcomes research โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านแปลต้นฉบับ

ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ด้วยความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเฉลี่ย 90%) จากนั้นคณะผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาภาษาไทยที่สอดคล้องกันเป็นร่างแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 2 ท่านแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อให้ได้แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์ภาษาอังกฤษมีข้อความทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยการมาติดตามการรักษา การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .92 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

คะแนน 4 เสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างสมบูรณ์

คะแนน 3 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าร้อยละ 50

คะแนน 2 บ้างครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยกว่าร้อยละ 50

คะแนน 1 ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ

คะแนนเต็ม 56 คะแนน

$$\text{Adherence index} = \frac{\text{Actual adherence scores}}{\text{Expected maximum adherence scores}} \times 100$$

การแปลความหมาย คะแนนมากกว่า 75 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพมาก คะแนนตั้งแต่ 50-75 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน แสดงว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน

นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน

จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์มาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 ซึ่งผู้วิจัยจะปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ทั้งในด้านการใช้ภาษาให้ชัดเจน และความครอบคลุมเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94, .97, .97, .91, .94 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .97, .96, .98, .94, .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-080/2565 และ IRB3-005/2566 Amendment ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เลขที่ จช. 156/2565 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เลขที่ 66019 และโรงพยาบาลบางละมุง เลขที่ IRB3-080/2565 และ IRB3-005/2566 Amendment ครั้งที่ 1 หลังได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัย

2. เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเบื้องต้น ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่สงบ บริเวณจัดเตรียมไว้บริเวณแผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท ศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยให้

กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอม โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

3. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบจากแบบประเมินหรือข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่กระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

4. แบบสัมภาษณ์ที่กรอกข้อมูลเสร็จแล้วถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยใส่รหัส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว 3 ปี ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอมแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) ผู้วิจัยนัดสถานที่ เป็นบริเวณจัดเตรียมไว้บริเวณแผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง และวัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่าง

6. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจ เช่น เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ วิดกกังวล ไม่พร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที หรือถ้าผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและจะให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก หรือสอบถามประเด็นของอาการ และส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานการผู้ป่วยของแต่ละ โรงพยาบาลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, และโรงพยาบาลบางละมุง เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครอินเทอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และโรงพยาบาลบางละมุงแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเทอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาในวันที่สำรวจ โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและระยะเวลา กับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในช่วงก่อนรอแพทย์ทำการตรวจ หรือในช่วงหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จ ตามความเหมาะสมของลำดับคิวในการเข้าตรวจของผู้ป่วย ทั้งนี้หากระหว่างเก็บข้อมูลถึงคิวตรวจ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจตามคิวก่อน ภายหลังการตรวจเสร็จสิ้นจึงมาทำแบบสอบถามต่อให้เสร็จ เพื่อป้องกันการกระทบต่อลำดับคิวในการเข้าตรวจ นอกจากนี้ ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะยึดหลักการแพร่ระบาดและป้องกันโควิด-19 ของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ, สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และโรงพยาบาลบางละมุง

5. ผู้วิจัยแจกแบบสัมภาษณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น 79 ข้อ และระยะเวลาที่ใช้ในการตอบประมาณ 20-30 นาที โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายอย่างละเอียดถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

7. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

ทั้งนี้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ด้วยการรักษาระยะห่างจากกลุ่มตัวอย่าง 2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังแจกแบบสัมภาษณ์ทั้งผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ด้วยวิธี Enter โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555) ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ หรือตัวแปรต่อเนื่อง หรือมีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval) หรืออัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) กรณีที่ตัวแปรอิสระมีระดับการวัดเป็น Nominal หรือ Ordinal scale จะต้องแปลงข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น ก่อนนำไปวิเคราะห์ สำหรับการศึกษารั้งนี้ตัวแปรทุกตัวเป็นระดับ Interval

3.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) โดยทดสอบด้วยการใช้สถิติ F – test ที่เป็นการทดสอบเปรียบเทียบความแปรปรวนของข้อมูล 2 ชุด โดยพิจารณาจากค่า Linearity หากพบว่าค่า p – value (Sig.) ที่ได้จากการทดสอบมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเชิงเส้นตรง

3.3 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวที่อยู่ในระดับ Interval ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 ค่า Variance Inflation factor (VIF) มากกว่า 4 และ Collinearity statistics มีค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 คือ น้อยกว่า 0.2 สำหรับการศึกษาคั้งนี้ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 ค่า VIF น้อยกว่า 4 และค่า Tolerance .265 ถึง .840

3.4 ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) พิจารณาจากการดูกราฟการแจกแจงของข้อมูล คือ กราฟฮิสโตแกรม (Histogram), กราฟรูปกล่อง (Boxplot), แผนภาพต้น - ใบ (Stem and Leaf) หรือกราฟที่ได้จากการพล็อตข้อมูลจริงกับค่าที่คาดไว้ (Q – Q Plot) จะเป็นการแจกแจงแบบปกติ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ กราฟฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำ มีจุดยอดของ โค้งอยู่ตรงกลางหากแบ่งครึ่งจากจุดยอด

3.5 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากลักษณะของแผนภูมิจุดแบบกระจัดกระจาย (Scatter Plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ซึ่งหาได้จากคะแนนมาตรฐาน (Z - Score) ของตัวแปรตามที่พยากรณ์ได้จากสมการถดถอย (Standardized Regression Predicted Values) กับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการทำนาย (Standardized Residual Values) โดยสามารถหาได้พร้อมกับการวิเคราะห์สมการถดถอย โดยการใส่ *ZPRED (คะแนนมาตรฐานของค่าที่พยากรณ์ได้จากสมการถดถอย ลงในช่อง X และใส่ *ZRESID (คะแนนมาตรฐานของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการทำนาย) ลงในช่อง Y จากนั้นให้ลากเส้นตรงตามแนวนอนให้ผ่านเลข 0 (ศูนย์) หากค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งการกระจายตัวอยู่ในช่วงแคบ แสดงว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์นั้นเป็นค่าคงที่ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งมีการกระจายตัวอยู่ในช่วงแคบ

3.6 ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) โดยการทดสอบด้วยการหาค่าสถิติ โดยใช้ค่า Durbin – Watson Coefficient ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (อยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5) จึงจะสามารถสรุปได้ว่า ความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน และไม่มีความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีค่า Durbin-Watson Coefficient เท่ากับ 1.5

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองทั้งสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาล

บางละมุง สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 109 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ ลักษณะที่อยู่อาศัย สิทธิในการรักษา รายได้ และข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่

อ่อนแรง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โรคร่วม การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 1-2

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี ($SD = 12.8$) อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55) อาศัยอยู่กับลูกหลาน (ร้อยละ 49.5) ลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่มีบันไดก่อนขึ้นบ้าน (ร้อยละ 54.1) ห้องน้ำไม่มีราวจับกันลื่น (ร้อยละ 62.4) ไม่มีของอยู่ชั้นบนที่ต้องเอื้อมมือหรือปีน (ร้อยละ 71.6) มีแสงสว่างเพียงพอ (ร้อยละ 99.1) ไม่มีสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 54.1) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 66) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 109$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	54.1
หญิง	50	45.9
อายุ (ปี) ($Min = 30$, $Max = 87$, $M = 62.1$, $SD = 12.8$)		
ต่ำกว่า 40 ปี	5	4.6
40-60 ปี	41	37.6
61-80 ปี	54	49.5
80 ปี ขึ้นไป	9	8.3
สถานภาพ		
โสด	9	8.3
สมรส	83	76.1
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	17	15.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	4.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	48	44
มัธยมศึกษา	13	11.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา	18	16.5
ปริญญาตรี	21	19.3
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	55
รับราชการ	4	3.7
รัฐวิสาหกิจ	2	1.8
ค้าขาย/ ทำธุรกิจ	27	24.8
เกษตรกรกรรม	4	3.7
รับจ้าง	12	11
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่		
คนเดียว	4	3.7
กับสามี/ภรรยา	39	35.8
กับญาติ	6	5.5
กับลูกหลาน	54	49.5
อื่นๆ	6	5.5
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
มีบันไดก่อนขึ้นบ้านหรือไม่		
มี	50	45.9
ไม่มี	59	54.1
ห้องน้ำมีราวจับกันลื่นหรือไม่		
มี	41	37.6
ไม่มี	68	62.4
มีของอยู่ชั้นบนที่ต้องเอื้อมมือ หรือปีน		
มี	31	28.4
ไม่มี	78	71.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่		
มี	108	99.1
ไม่มี	1	0.9
มีสัตว์เลี้ยงหรือไม่		
มี	50	45.9
ไม่มี	59	54.1
สิทธิในการรักษา		
จ่ายเอง	13	11.9
สิทธิข้าราชการ	13	11.9
สิทธิประกันสุขภาพ	69	63.3
สิทธิประกันสังคม	4	3.7
อื่น ๆ	10	9.2
รายได้ต่อเดือน		
≤ 10,000 บาท	72	66
10,001 – 20,000 บาท	18	16.5
20,001 – 30,000 บาท	6	5.5
30,001 – 40,000 บาท	3	2.8
40,001 – 50,000 บาท	4	3.7
มากกว่า 50,000 บาท	6	5.5

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ร้อยละ 74.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 2 เดือนถึง 3 เดือน (ร้อยละ 71.8) ตำแหน่งของพยาธิสภาพส่วนใหญ่อยู่ที่สมองซีกขวา (ร้อยละ 46.8) มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านซ้าย (ร้อยละ 54.1) ส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 (ร้อยละ 94.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล
ภาวะสุขภาพ ($n = 109$)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
หลอดเลือดสมองขาดเลือด	81	74.3
หลอดเลือดสมองแตก	28	25.7
ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
น้อยกว่า 1 เดือน	14	12.8
1 เดือนขึ้นไป - 2 เดือน	17	15.6
2 เดือนขึ้นไป - 3 เดือน	78	71.8
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ		
สมองส่วนหน้า	14	12.8
สมองส่วนหลัง	7	6.4
สมองซีกซ้าย	37	33.9
สมองซีกขวา	51	46.8
ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง		
ด้านขวา	50	45.9
ด้านซ้าย	59	54.1
โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	29	26.6
มี ($n = 80$)	80	73.4
1 โรคร่วม	28	35
2 โรคร่วม	30	37.5
3 โรคร่วม	21	26.3
4 โรคร่วม	1	1.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของโรคประจำตัว* ($n = 80$)		
ความดันโลหิตสูง	64	80
ไขมันในเลือดสูง	41	51.25
เบาหวาน	36	45
หัวใจและหลอดเลือด	3	3.75
อื่น ๆ	22	27.5
การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19		
ไม่เคย	6	5.5
เคย	103	94.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตาม ได้แก่ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวมเท่ากับ 83.78 จากคะแนนเต็ม 100 ($SD = 16.26$) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 44.64 คะแนน และคะแนนสูงสุด 100 คะแนน ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับมาก (ร้อยละ 66.1) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($n=109$)

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	5	4.5
ระดับปานกลาง	32	29.4
ระดับมาก	72	66.1

($Min = 44.64, Max = 100, Mean = 83.78, SD = 16.26$)

ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้านอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 69.7 ยืนหยัดที่จะออกกำลังกายวันละ 2-3 ครั้ง เป็นอย่างน้อยโดยสม่ำเสมอร้อยละ 55 แต่แต่ละครั้งในการออกกำลังกายจะมีระยะเวลาอย่างน้อย 30-45 นาทีอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 54.2 เดินขึ้นลงบันไดทุก ๆ วัน (หรือออกกำลังกายรูปแบบอื่นที่สามารถทำได้) อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.7 ฝึกแต่งตัวรับประทานอาหาร ล้างหน้า และแปรงฟัน ด้วยตัวเอง (โดยเฉพาะฝึกการทำงานของร่างกายด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต) ทุก ๆ วัน อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 66.1 ออกกำลังกายทุกวันในด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 มีการยืดเส้นในส่วนของแขนขาที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต เพื่อลดอาการหดเกร็งเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 60.6 ดูแลฟื้นฟูการทำงานของแขนขาที่อ่อนแรงและผลักดันตัวเองให้ออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 สังเกตและประเมินผลหลังการออกกำลังกายที่เพิ่มหน้าที่การทำงานของข้างที่อ่อนแรงเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 61.5 ยึดมั่นในการเรียนรู้การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 62.4 ยอมรับคำแนะนำของครอบครัว/เพื่อนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 65.2 พுகุญกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านพบเจอปัญหาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.6 และตั้งเป้าว่ากระบวนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ค่อยได้ผล จะกระตือรือร้นที่จะขอคำแนะนำจากคนอื่น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 50.5 ส่วนการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกัน ส่วนมากไม่เคย ร้อยละ 33 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (รายข้อ) (n =109)

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (รายข้อ)	ร้อยละ			
	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	อย่าง สม่ำเสมอ
1. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน	2.8	4.6	22.9	69.7
2. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและยืนหยัดที่จะออกกำลังกายวันละ 2-3 ครั้งเป็นอย่างน้อย	0.9	16.5	27.6	55
3. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดโดยที่แต่ละครั้งในการออกกำลังกายจะมีระยะเวลาอย่างน้อย 30-45 นาที	0.9	18.3	26.6	54.2
4. ท่านยืนยันว่าเดินขึ้นลงบันไดทุก ๆ วัน (หรือออกกำลังกายรูปแบบอื่นที่สามารถทำได้)	6.4	15.6	18.3	59.7
5. ท่านยืนยันว่าได้ฝึกแต่งตัวรับประทาน อาหาร ล้างหน้า และแปรงฟันด้วยตัวเอง (โดยเฉพาะฝึกการทำงานของร่างกายด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต) ทุก ๆ วัน	4.6	16.5	12.8	66.1
6. ท่านยึดมั่นในการออกกำลังกายทุกวัน ในด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตของร่างกาย		11.9	24.8	63.3
7. ท่านมีการยึดเส้นในส่วนของแขนขาที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต เพื่อลดอาการหดเกร็งเป็นประจำ		11.9	27.5	60.6

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (รายชื่อ)	ร้อยละ			
	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	อย่าง สม่ำเสมอ
8. ท่านดูแลฟื้นฟูการทำงานของแขนขาที่อ่อนแรงและฝึกคั้นตัวเองให้ออกกำลังกายทุกวัน	0.9	13.8	22.0	63.3
9. ท่านฝึกสังเกตและประเมินผลหลังการออกกำลังกายที่เพิ่มหน้าที่การทำงานของข้างที่อ่อนแรงเป็นประจำ	6.4	14.7	17.4	61.5
10. ท่านยึดมั่นในการเรียนรู้การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ		12.8	24.8	62.4
11. ท่านยอมรับคำแนะนำของครอบครัว/เพื่อนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ		7.3	27.5	65.2
12. ในกระบวนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ท่านชอบที่จะพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านพบเจอปัญหา	2.8	18.3	19.3	59.6
13. ท่านติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกับท่าน	33	16.5	19.3	31.2
14. เมื่อท่านสังเกตว่ากระบวนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ค่อยได้ผล ท่านกระตือรือร้นที่จะขอคำแนะนำจากคนอื่น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย	11	11.9	26.6	50.5

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ
การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 98.95 จากคะแนนเต็ม 130 ($SD = 33.51$) ระดับความพิการ เท่ากับ 2.81 จากคะแนนเต็ม 5 ($SD = 1.46$) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 68.70 จากคะแนนเต็ม 75 ($SD = 9.61$) ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 36.83 จากคะแนนเต็ม 64 ($SD = 15.18$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 ($SD = 3.31$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($n = 109$)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0-130	22-130	98.95	33.51
ระดับความพิการ	0-5	0-4	2.81	1.46
การสนับสนุนทางสังคม	15-75	45-75	68.70	9.61
ความกลัวการหกล้ม	16-64	16-64	36.83	15.18
ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	5-15	5-15	8.02	3.31

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Enter โดยก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จาก Histogram กราฟที่ได้เป็นรูประฆังคว่ำ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวที่อยู่ในระดับ Interval ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 ค่า Variance Inflation factor (VIF) มากกว่า 4 และ Collinearity statistics มีค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 คือ น้อยกว่า 0.2 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์อยู่ในเกณฑ์ดังกล่าว ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ซึ่งค่า Durbin-Watson coefficient อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลมีอิสระต่อกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .652, p < .01$) ความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.456, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534, p < .01$) ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.478, p < .01$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.208, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($n=109$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1					
2. ระดับความพิการ	-.762**	1				
3. การสนับสนุนทางสังคม	.250**	-.184	1			
4. ความกลัวการหกล้ม	-.793**	.656**	-.219*	1		
5. ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-.117	-.066	-.330**	.208*	1	
6. ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.652**	-.456**	.534**	-.478**	-.208*	1

หมายเหตุ: ** $p < .05$, *** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56 ($\text{adjust } R^2 = .56, p < .01$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n=109$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.19	.03	.70	5.64	.000
ระดับความพิการ	.42	.64	.06	.65	.51
การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.37	.06	.39	5.63	.000
ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.07	.06	.12	1.13	.26
ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-.05	.19	-.01	-.25	.80

$R = .76$, $R^2 = .58$, $\text{adjust } R^2 = .56$, $F_{5,195} = 28.46$, $\text{sig of } F < .001$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Theory of self-efficacy; Bandura, 1986) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาทของโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมทั้ง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 109 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟาในกลุ่มทดลองใช้ (Try out) เท่ากับ .94, .97, .97, .91, .94 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ .97, .96, .98, .94, .94 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ Enter

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 109 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี (ร้อยละ 49.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55) อาศัยอยู่กับลูกหลาน (ร้อยละ 49.5) ลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่มีบันไดก่อนขึ้นบ้าน (ร้อยละ 54.1) ห้องน้ำไม่มีราวจับกันล้ม (ร้อยละ 62.4) ไม่มีของอยู่ชั้นบนที่ต้องเอื้อมมือ หรือปีน (ร้อยละ 71.6) มีแสงสว่างเพียงพอ (ร้อยละ 99.1) ไม่มีสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 54.1) สิทธิในการรักษา ส่วนใหญ่ เป็นสิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 66) สำหรับข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ร้อยละ 74.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 2 เดือนขึ้นไปถึง 3 เดือน (ร้อยละ 71.8) ตำแหน่งของพยาธิสภาพส่วนใหญ่อยู่ที่สมองซีกขวา (ร้อยละ 46.8) ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงด้านซ้าย (ร้อยละ 54.1) ส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) และเคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 (ร้อยละ 94.5)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 83.78 ($SD = 16.26$) จากคะแนนเต็ม 100 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 44.64 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นส่วนใหญ่ โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน ร้อยละ 69.7 รองลงมา คือ ได้ฝึกแต่งตัวรับประทาน อาหาร ล้างหน้า และแปรงฟันด้วยตัวเอง (โดยเฉพาะฝึกการทำงานของร่างกายด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต) ทุก ๆ วัน ร้อยละ 66.1 และยอมรับคำแนะนำของครอบครัว/เพื่อนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 65.2 ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ไม่เคยมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกัน ร้อยละ 33

สำหรับตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 98.95 จากคะแนนเต็ม 130 ($SD = 33.51$) ระดับความพิการ เท่ากับ 2.81 จากคะแนนเต็ม 5 ($SD = 1.46$) การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 68.70 จากคะแนนเต็ม 75 ($SD = 9.61$) ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 36.83

จากคะแนนเต็ม 64 ($SD = 15.18$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 ($SD = 3.31$)

ปัจจัยมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับความพิการ สนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56 ($\text{adjust } R^2 = .56, p < .01$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39, p < .01$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นความมั่นใจของผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 98.95 ($SD = 33.51$) จากคะแนนเต็ม 130 ซึ่งคะแนนก่อนไปทางสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผลการศึกษารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง ในการพาตัวเองเข้านอนพักก่อนในแต่ละคืน ใช้มือทั้งสองข้างเพื่อช่วยในการรับประทานอาหาร และมุ่งมั่นที่จะทำให้ตัวเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการบำบัด อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 62.1 ปี อยู่ในวัยผู้สูงอายุช่วงต้น ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 85.3) จึงทำให้มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ว่าสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้

การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55 ทำให้มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ตนเอง ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ฝึกฝนร่างกายด้านที่อ่อนแอ และมีเวลาในการออกกำลังกายทุกวัน เพื่อมุ่งมั่นที่จะทำให้ตัวเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44 และมากกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56 กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ นำความรู้ที่มีไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรวันต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิน มณีชมภู (2562) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นต้นไป จะสามารถพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงจูงใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ หัสสินทร์ (2563) ในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในช่วง 60-70 ปี และลักษณะครอบครัวที่อยู่ด้วยกันเป็นคู่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Szczepanska-Gieracha and Mazurek (2563) พบว่า การมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p < 0.001$, 95% CI [0.18–0.45]) และการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, 95% CI [0.17–0.45]) ซึ่งการมีคู่สมรส จะมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีกล้ามเนื้ออ่อนแอด้านซ้าย ร้อยละ 54.1 แต่ยังสามารถใช้อีกด้านช่วยชดเชยในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่มีอยู่

1.2 ระดับความพิการ เป็นภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ($SD = 1.46$) จากคะแนนเต็ม 5 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพิการระดับ 2 ถึง ระดับ 3 ซึ่งระดับ 2 ผู้ป่วยจะสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง โดยพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย และระดับ 3 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เอง

1.3 การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 68.70

จากคะแนนเต็ม 75 ($SD = 9.61$) ซึ่งคะแนนค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส (ร้อยละ 76.1) และอาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรู้คำแนะนำในเรื่องการรักษา และได้รับสิ่งของที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับสังคมไทยซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่กันเป็นครอบครัว และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ บุตรหลานจะต้องมีความกตัญญูกตเวที โดยให้การดูแลบุพการีด้วยวิธีต่างๆ เป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมในครอบครัวคนไทยตั้งแต่เดิม ผู้ป่วยจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี พรหมสุพันธ์ (2564) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-80 ปี ที่มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหัวใจ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Watcharanurak and Klubklay (2017) พบว่า สมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.83 จากคะแนนเต็ม 64 ($SD = 15.18$) แสดงให้เห็นว่า มีความกลัวการหกล้มมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 57.8) และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง ร่วมกับผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลง (มุลนิธิ สถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) จึงทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย รวมทั้งการหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปีหรือปีละกว่า 3 ล้านราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ (2563) ที่พบว่า การหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัว การเปลี่ยนท่าต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) และการที่ผู้สูงอายุทรงตัวไม่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกาย จะพบว่า ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการอ่อนแรงเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด (Bruno-Petrina, 2020) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการหกล้มในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ในการศึกษารุ่นนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 73.4 โดยที่พบว่าส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) และมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) การมีโรคร่วมหลายโรคทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกันเพื่อรักษาโรคต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา และผลข้างเคียงของยาได้ง่าย เช่น ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอาจทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการหน้ามืด เป็นลม ผลข้างเคียงของยาเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้ ดังเช่นการศึกษาของ ญัฐนิชา ัญญาดี และคณะ (2565) ที่พบว่า การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.5 ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 ($SD = 3.31$) แสดงให้เห็นว่า มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวันสูงขึ้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย และข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2564) พบว่า ผลการศึกษาของ UNFPA Thailand ซึ่งดำเนินการโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สำรวจผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,230 รายในเดือนกรกฎาคมปี 2563 พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ ผู้สูงอายุร้อยละ 57.2 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 47.3 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 25 รู้สึกเหงา และร้อยละ 23.3 ไม่มีความสุข นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.4 มีโรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการรุนแรงมากกว่าปกติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องเว้นระยะห่าง ผู้ป่วยบางรายและครอบครัวต้องหยุดงาน บางรายถูกเลิกจ้างงาน ยิ่งส่งผลทำให้รายได้ที่มีอยู่ลดน้อยลงหรือขาดรายได้ จึงยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องการศึกษาของ อากม ทิวทอง (2565) ที่ พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p < .05$) ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับบริการบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม และการศึกษาของ Haliwa et al. (2021) พบว่า ความกังวล

ทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.6 ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรวมเท่ากับ 83.78 จากคะแนนเต็ม 100 ($SD = 16.26$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของในระดับมาก อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน จึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้านอย่างสม่ำเสมอ ดังจะเห็นได้ว่า ร้อยละของความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายชื่ออยู่ในการปฏิบัติบ่อยครั้งและสม่ำเสมอ อีกทั้งในปัจจุบันเป็นยุคโซเชียล ผู้สูงอายุสามารถหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และลงมือทำจริงได้จากสื่อต่าง ๆ ในอินเทอร์เน็ต ซึ่งนอกจากจะทำให้ร่างกายไม่แย่งไปกว่าเดิม ยังทำให้โรคที่เป็นอยู่ไม่รุนแรงขึ้น ที่สำคัญยังทำให้อยู่กับคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นลูกหลาน เพื่อน หรือ แม้แต่คนดูแลได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.1 พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ญาติ ลูกหลาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ได้กำลังใจ มีคนพาไปฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabah et al. (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55) จึงทำให้มีเวลาไปติดตามการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนอย่างสม่ำเสมอ ดังผลการศึกษารายชื่อที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวันในด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 และดูแลฟื้นฟูการทำงานของแขนขาที่อ่อนแรงและฝึกค้นตัวเองให้ออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3

ในด้านของสิทธิในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเป็นสิทธิในการรักษาได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 78.9) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) มากขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทั่วถึง เมื่อพิจารณาร่วมกันจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สามารถอภิปรายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Theory of self-efficacy) ของ Bandura (1986) อธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความรู้ คำแนะนำ และแรงสนับสนุนด้านบริการ และสิ่งของ การที่มีสิทธิในการรักษาทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ร่วมกับการไม่อยากเป็นภาระของคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือ และเกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Szczepanska-Gieracha J. and Mazurek J. (2020) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .70, p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .39, p < .01$) อภิปรายได้ ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r = .652, p < .01$) และมีอำนาจทำนาย ($\beta = .70, p < .01$) ต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ Bandura ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถอภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีอายุ 30 ปี ถึง เฉลี่ย 62.1 ปี เป็นวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุช่วงต้น ผู้ป่วยยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ บางคนเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อการฟื้นฟูหาย ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความพิการในระดับ 2 ถึง ระดับ 3 หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งระดับ 2 ผู้ป่วยจะสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง โดยพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย และระดับ 3 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและมี

ความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงยังเป็นแรงเสริมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อมั่นในการออกกำลังกายทุกวันในด้านที่เป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาตของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาฝึกฝนร่างกายด้านที่อ่อนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์หลังกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันดดา ภักดีวีวรรธ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .727, p < .001$) และการศึกษาของ ชัยยุทธ โศตระรักษ์ และคณะ (2563) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 88 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .204, p = 0.028$) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระดับมาก

รวมทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ($\beta = .44, p < .01$) และการศึกษาของ Caetano et al. (2020) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ($B = 1.95, p < .001$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ร้อยละ 80 รวมทั้งการศึกษาของ ปันดดา ภักดีวีวรรธ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah et al. (2020) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลงจะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจะเห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534, p < .01$) และมีอำนาจทำนาย ($\beta = .39, p < .01$) ต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนจะเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงมีครอบครัวคอยให้กำลังใจ ดูแล จัดหาข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม ร่วมกับการมีสิทธิในการรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเงินในการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเกิดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะเสริมแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำรงชีวิตของตนเอง โดยพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด และการที่ผู้ป่วยไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaeram Lee and Mihwa Won (2022) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งยังมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .573, p < .001$) และการศึกษาของ Tabah et al. (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากครอบครัว คู่สมรส และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีอิทธิพลต่อความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .222, p < .001$) ซึ่งในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมไว้

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ระดับความพิการ ความกลัวการหกล้ม และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ระดับความพิการ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความพิการหลงเหลือ อาจต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ดังนั้นยังระดับความพิการมากก็จะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่

มีผู้ช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี และคณะ (2559) ที่พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.13, p < .05$)

แต่การที่ระดับความพิการไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาอีกด้านที่ไม่อ่อนแรงมาชดเชยการทำงาน ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการยึดเส้นในคู่มือฟื้นฟูการทำงานของแขนขาที่อ่อนแรงและผลักดันตัวเองให้ออกกำลังกายทุกวันเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุดร่วมกับการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความพิการ mRS 2-3 ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่างหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองพิการ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง

ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.83 จากคะแนนเต็ม 64 ($SD = 15.18$) และความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีอำนาจทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถอธิบายได้ว่า ความกลัวการหกล้มเป็นปัญหาที่สามารถพบได้มากทั้งผู้ที่ไม่เคย และเคยมีประสบการณ์ล้มหลังจากการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยและยังเพิ่มความกลัวต่อการหกล้มมากขึ้น (วสันต์ กองอุบล, 2561) และจากผลการศึกษา Tabah et al (2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีรับรู้ความมั่นใจในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของตนเองในระดับต่ำ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความกลัวการหกล้มสูงจะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tabah et al (2020) พบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่า ความกลัวการหกล้มถึงแม้จะมีความสัมพันธ์แต่ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.3 มีผู้อาศัยอยู่ด้วย โดยเป็นสามี/ภรรยา และหรือญาติ และหรือลูกหลาน จึงมีคนคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงทำให้ความ

กลัวการหกล้มลดลงและมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังพบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยที่มีแสงสว่างเพียงพอ (ร้อยละ 99.1) และมีการจัดวางขอให้ผู้ป่วยไม่ต้องปีน หรือไม่วางไว้ชั้นบน (ร้อยละ 71.6) ตลอดจนมากกว่าครึ่งหนึ่งที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีบันได ไม่มีสัตว์เลี้ยง และมีราวจับกันลื่นในห้องน้ำ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพิการ mRs 2-3 ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่างหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้น ความกลัวการหกล้มจึงไม่เป็นทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้

ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.02 จากคะแนนเต็ม 15 ($SD = 3.31$) และความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.208, p < .05$) แต่ไม่มีอำนาจทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถอภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะวิตกกังวลหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่าความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ใกล้ค่ากึ่งกลางของพิสัยคะแนนจริง แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคนี้อาจมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น วัคซีนจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.5 ได้รับวัคซีนครบถ้วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตในสถานการณ์นี้ จึงทำให้ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มคน ได้แก่ การ

ได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การรับให้ความรู้ คำแนะนำ และการช่วยเหลือทางกายเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยหรืออาการของ โรค ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการ สนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟู สมรรถภาพ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลสามารถนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา ส่งเสริมความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดความพิการ ซ้ำซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการเสริมแรง โดยเพิ่มแรงจูงใจจากการสนับสนุนทาง สังคม อาทิเช่น ฝึกให้ผู้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของตนเองจนสำเร็จตามขั้นตอนบ่อย ๆ ร่วมกับใช้คำพูดจูงใจ และมีครอบครัวคอยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจใน พฤติกรรมที่ปฏิบัติ

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในด้านการดูแลผู้ป่วยหลังเกิด โรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรกเพิ่มเติม เพื่อเป็นแกนนำหลักในการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดจัดกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ แลกเปลี่ยนความรู้ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เท่านั้น ผล การศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อ ติดตามความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือเปรียบเทียบในแต่ละ ปี เพื่อรับทราบปัญหา และแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ เพิ่มเติม เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟู สมรรถภาพ สามารถทำนายได้ร้อยละ 56 อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟู สมรรถภาพได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กรกต วีรเชิธร. (2562). *กระบวนการให้โภชนบำบัด*. <http://www.thaidietetics.org/wp-content/uploads/2019/04/240462-Lecture-documents-1.pdf>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *6 กลุ่มโรค NCDs หากติด COVID-19 เสี่ยงมีอาการรุนแรง พร้อมแนวทางการป้องกันให้ห่างไกลจากกลุ่มโรค NCDs*.
<https://www.dop.go.th/th/gallery/1/3754>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย*.
<https://www.correct.go.th/meds/index/Download/วป/การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.pdf>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ความดันโลหิตสูงคืออะไร*. <https://xn--12c8b3afcz5g8i.com/knowledge/detail/26/data.html>
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ*.
<https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. สำนักพิมพ์อักษรภาพกราฟฟิกแอนดี้ไซน์*.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *วัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย*.
<https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/คำถามที่พบบ่อย>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนและให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันที่*.
<https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ*. <http://bit.ly/dmhccovid19>
- กิตติ เทียนขาว. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง ต้องรู้*. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์.
<https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210920144251097>
- จารุวรรณ กิตติวารุณี. (2561). *การลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง*. *บูรพาเวชสาร*, 5(2), 131-141.

- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินทร กลัมพากร, และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 39-48.
- เจษฎา เขียนดวงจันทร์, สุรรัตน์ สุวัชรังกูร, ศรีวิทย์ เกียรติยศศิลป์, และ ดิษยา รัตนากกร. (2562). โรคหลอดเลือดสมอง. *จุดสารข่าวการศึกษาต่อเนื่อง*, 59, 1-12.
- นัทรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15-28.
- ชญาพร เต็นเลิศชัยกุล. (2560). โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน. โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา. <https://www.bkh.co.th/brain-tumor-2/>
- ชูชาติ กลิ่นสาคร, และ ส่วยดิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.
- ชัยยุทธ โคตะรักย์, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, สายฝน ม่วงคุ้ม, และ จิมห์จุกา ชัยเสนา คาลลาส. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กลับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสาร ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 15(4), 228-236.
- ณัฐนิชา ธีญญาดี, ธาตรี โบสถิทธิพิเชษฐ, และ ชนกมณ ลีศรี. (2565). การใช้จ่ายหลายขนาน การใช้จ่ายที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 :วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(1), 236-250.
- นลินอร คูอาริยะกุล, พรวัลย์ บุญเมือง, และ จุฑาทิพย์ สุพรรณกลาง. (2564). ผลลัพธ์ทางคลินิกของ alteplase ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลน่าน. *วารสารไทย ภัยชนิพนธ์*, 16(2), 33-45.
- นิจศิริ ชาญณรงค์. (2558). *โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากอะไร*. อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับบลิชชิง.

- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 15-29 นีรมล ปั่นลายนาถ. (2558). *พลังครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- บรรณชาวรรณ หิรัญเคราะห์. (2560). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(3), 13-21.
- ปกฤษณ์ จิตติกริมย์ศักดิ์. (2564). การรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ยังไม่แตก. *Revolutions in Global Health*, 10, 415-461. <https://doi.org/10.14457/CU.doc.2021.10>
- ปนัดดา ภัคดีวิวรรธ. (2560). ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประวีณา ดิเรกวัฒนชัย. (2565). *การตรวจหลอดเลือดสมอง ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง*. โรงพยาบาลไทยนครินทร์. https://thainakarin-co-th.translate.google.com/translate/article-from-doctor/carotid-duplex-ultrasound-transcranial-tnh/?_x_tr_sl=th&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en&_x_tr_pto=sc
- ปิ่นจุฑา ทองจันทร์แก้ว, สมศักดิ์ เทียมเก่า, นันทพรรณ ชัยนิรันดร์, รัตนา อินทะพิว, ลักษณ์ มาตย์วิเศษ, และ ศิริพร เทียมเก่า. (2565). ประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตด้วยยา labetalol ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 6-15.
- ศกามาต ดันวิจิตร และ วิษณุ กัมทรทิพย์. (2560). *ปัญหาทางการพูดและการสื่อความหมายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. <https://www.sirirajstrokecenter.org/wp-content/uploads/2018/06/15.pdf>
- ฝ่ายโภชนาการ รพ.ศิริราช. (2560). *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298>
- พรทิพย์พา ชิมายอม, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, และ ประทีป จินจี. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่ต้องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. *วารสารพฤติกรรมเพื่อการศึกษา*, 4(1), 64-73.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

- เพ็ญประภา ไสวดี, ชนัญชิตาคุยฎี ทูลศิริ, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 89-101.
- เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จีรพรรณ โพธิ์ทอง, และ อุมกร ใจยังยืน. (2563). การศึกษาศาถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 14(43), 126-141.
- ภรณ์ วสุเสถียร. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 14(1), 42-53.
- ภัทรา วัฒนพันธุ์. (2560). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 12(1), 31-43.
- มนันชยา กองเมืองปัก และ ชีรเมธ ปังประเสริฐ. (2560). โรคหลอดเลือดสมองรักษาอย่างไร. <https://www.sirirajstrokecenter.org/wp-content/uploads/2018/06/3.pdf>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สุขภาพกาย-จิตใจอย่าแยกเด็ดที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในยุคโควิด19. <https://thaitgri.org/?p=39883>
- ขรรขง ทองเจริญ. (2560). โรคหลอดเลือดสมอง คาร์ดิคตีบตัน. โรงพยาบาลเจตนิน. <https://www.vejthani.com/th/2017/04/โรคหลอดเลือด-คาร์ดิคตีบ/>
- รินทร์ดา อ่อนคำภา, เกตน์นิภา สุวรรณกุล, และ รัชฎญ์กมล สีนบุตร. (2565). โปรแกรมการฝึกแขนและมือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวแบบแยกส่วนได้. https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/Brochure_files/60_1sEPJi.pdf
- รุ่งรัตน์ พละไกร. (2564). การฟื้นฟูสมรรถภาพเส้นทางกลับคืนสู่วิถีชีวิตที่ปกติอย่างมีสุขภาพ. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. <https://tpak.or.th/th/article/231>
- โรงพยาบาลรามารบดี. (2562). บุหรีกับโรคหลอดเลือดสมอง. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramaclinic/ebook/04aug2020-1350-1>
- ลักษณะ หัสตินทร์ และ สุภรา หิমানันโต. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระโนด. *วารสารมหาจุฬานาครทรรสน์*, 7(7), 373-386.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- วสันต์ กองอุบล. (2561). การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 79-85.

วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง*. แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ด
 ปอเรชั่นจำกัดศุภลักษณ์ เข็มทอง, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง, และ พรทิพย์พา ธิมาขอม. (2552).
 ผลของการจัดระบบสุขภาพของกิจกรรมบำบัดต่อทักษะการใช้ชีวิตในผู้รับบริการโรค
 หลอดเลือดสมอง. คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันประสาท. (2561). *คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก*.

https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019100657.pdf

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf

สายทอง ภูมื่นเจียน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *สถานการณ์คนพิการ*.

<https://dep.go.th/images/uploads/files/situationSep64.pdf>.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *อัตราป่วยตายโรคNCDs*.

<http://thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ๒๕๕๕*. <http://www.thaincd.com/document/hot%20news/WorldStrokeday2016.pdf>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.

สุทิน มณีชมภู. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*.

<https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-สุทิน%20มณีชมภู.pdf>

สุปราณี พรหมสุจันทร์, สุธรรม นันทมงคลชัย, กรวรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และ
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและ
การพยาบาล*, 37(1), 77-87.

สุพพตา เมธารักษ์ชีพ และ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2563). ขาด้านเกล็ดเลือดในโรคสมองขาดเลือด
และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 19 (2), 30-44.

สุพร หุตากร. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 22(3), 105-
113.

อภิฤดี จิระวิโรจน์ และ นิชาภัทร พุฒิกามิน. (2556). การศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8, 26-34.

อนุวัฒน์ วัลลภาพันธุ์. (2564). *ฟื้นฟูผู้ป่วยสมองฟื้นคืนชีวิตใหม่*. โรงพยาบาลกรุงเทพ
<https://www.bangkokhospital.com/content/rehabilitation-of-brain-patients>

อุษุทธิณี สิงห์โกวินท์. (2564). *โรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน*. โรงพญาไท
[https://www.phyathai.com/article_detail/3572/th/โรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วย
เบาหวาน?branch=PYT2](https://www.phyathai.com/article_detail/3572/th/โรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน?branch=PYT2)

อาคม ทิวทอง. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19
ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม. *วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(2), 197-212.

อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วิจิธา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 33(1), 63-
76.

อุคม สุทธิพนไพศาล. (2563). *โรคหลอดเลือดสมอง*. Med park hospital.

<https://www.medparkhospital.com/content/stroke> American Heart Association. (2018).

Common diagnosis methods. [https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-
stroke/common-diagnosis-methods](https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/common-diagnosis-methods)

- American Heart Association. (2021). *2021 Heart disease & stroke statistical update fact sheet global burden of disease*. https://www.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke-stat-update/2021_heart_disease_and_stroke_statistics_update_fact_sheet_at_a_glance.pdf
- American Stroke Association. (2015). *Together to end stroke*. <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>
- American Stroke Association. (2016). *Learn more stroke warning sign and symptom*. http://www.Strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Learn-More-Stroke-Warning-Signs-and-SymptomsUCM_451207_Article.jsp#.V5ydluiLTIU
- American Stroke Association [ASA]. (2019). LIFE AFTER STROKE. *Encompass health is a national sponsor of together to end stroke*, 3, 1-36.
- American Stroke Association. (2022). *Atherosclerosis and Stroke*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/atherosclerosis-and-stroke>
- Babbar, P., Kumar, V., Joshua, P. T., Mahabala, C., & Misri, Z. K. (2021). Adherence to home-based neuro-rehabilitation exercise program in stroke survivors. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 20, 145-153.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Belagaje, S. (2017). Stroke rehabilitation. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23, 238-253.
- Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L., & Langhorne, P. (2017). Early rehabilitation after stroke. *Current Opinion in Neurology*, 30(1), 48-54.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472-495.
- Bruno-Petrina, A. (2020). *Motor recovery in stroke*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/324386-overview>.

- Caetano, L., Pacheco, B., Ribeiro-Samora, G., Teixeira-Salmela, L., & Scianni, A. (2020). Self-efficacy to engage in physical exercise and walking ability best predicted exercise adherence after Stroke. *Stroke Research and Treatment*, 1-6.
- Cheiloudaki, E., & Alexopoulos, E. (2019). Adherence to treatment in stroke patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 196.
- Choudhury, M. S., Chowdhury, M., Nayeem, A., & Jahan, W. (2015). Modifiable and non-modifiable risk factors of stroke: A review update. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*, 1(1), 22-26
- Chu, C. L., Chen, Y. P., Chen, C. C. P., Chen, C. K., Chang, H. N., Chang, C. H., & Pei, Y. C. (2020). Functional recovery patterns of hemorrhagic and ischemic stroke patients under post-acute care rehabilitation program. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1975-1985.
- Cumming, T., Packer, M., Kramer, S., & English, C. (2016). The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 11(9), 968–977.
- Dharmasaroja, P. (2014). A mini-review on genetics and ischemic stroke. *Journal of Thai Stroke Society*, 13(1-2), 20-24.
- Duncan, F., Wu, S., & Mead, G. E. (2012). Frequency and natural history of fatigue after stroke: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(1), 18-27.
- Gracious, M. (2020). *Predictors of adherence to physical rehabilitation in post-stroke patients: A case study of Stroke Rehabilitation Centre- Stroke Foundation Uganda.*
file:///C:/Users/USER/Downloads/Muhwezi%20et%20al[86]%20(1).pdf
- Gunnes, M., Langhammer, B., Aamot, I., Lydersen, S., ihle-hansen, H., Indredavik, B., Reneflot, K., Schroeter, W., & Askim, T. (2018). Adherence to a long-term physical activity and exercise program after stroke applied in a randomized controlled trial. *Physical therapy*, 99, 74-85.
- Haliwa, I., Wilson, J., Lee, J., & Shook, N. J. (2021). Predictors of change in mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 291, 331-337.

- Hamre, C., Fure, B., Helbostad, J., Wyller, T., ihle-hansen, H., Vlachos, G., Ursin, M. H., & Tangen, G. (2021). Factors associated with level of physical activity after minor stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30, 1-9.
- Henry Hoffman. (2017). *How to Treat Spasticity After Stroke*. Saebo. <https://www.saebo.com/blog/treat-spasticity-stroke/>
- Hong, K.-S. (2017). Blood pressure management for stroke prevention and in acute stroke. *Journal of Stroke*, 19(2), 152.
- Hosseini Ravandi, M., Kahlaee, A. H., Karim, H., Ghamkhar, L., & Safdari, R. (2020). Home-based telerehabilitation software systems for remote supervising: A systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(2), 113-125.
- Howard, V. J., Madsen, T. E., Kleindorfer, D. O., Judd, S. E., Rhodes, J. D., Soliman, E. Z., Kissela, B. M., Safford, M. M., Moy, C. S., McClure, L. A., Howard, G., & Cushman, M. (2019). Sex and race differences in the association of incident ischemic stroke with risk factors. *JAMA Neurol*, 76(2), 179-186.
- Jéssica Mariana de Aquino Miranda, Viviany Mendes Borges, Rodrigo Bazan, Gustavo José Luvizutto, & Jullyanna Sabrynsa Morais Shinosak. (2023). Early mobilization in acute stroke phase: A systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(2), 157–168.
- Jiang, S.-S., Shen, L.-P., Ruan, H.-F., Li, L., Gao, L.-L., & Wan, L.-H. (2014). Family function and health behaviours of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 272-276.
- Khoshbakht Pishkhani, M., Dalvandi, A., Ebadi, A., & Hosseini, M. (2019). Factors affecting adherence to rehabilitation in Iranian stroke patients: A qualitative study. *Journal of Vascular Nursing*, 37(4), 264-271.
- Koyuncu, E., Çam, P., Altınok, N., Çallı, D. E., Duman, T. Y., & Özgür, N. (2016). Speech and language therapy for aphasia following subacute stroke. *Neural Regeneration Research*, 11(10), 1591-1594.
- Krueger, H., Koot, J., Hall, R., O'Callaghan, C., Bayley, M., & Corbett, D. (2015). Prevalence of individuals experiencing the effects of stroke in Canada: Trends and projections. *Stroke*, 46(6), 2231-2236.

- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives, *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 1-24.
- Lapchak, P. (2015). Neuronal dysregulation in stroke-associated pseudobulbar affect (PBA): Diagnostic scales and current treatment options. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 6(5), 323.
- Lee Y, & Won M. (2022). Mediating effects of rehabilitation motivation between social support and health-related quality of life among patients with stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 1-10.
- Li, Y. G., & Lip, G. Y. H. (2018). Anticoagulation resumption after intracerebral hemorrhage. *Current Atherosclerosis Reports*, 20(7), 32.
- Lin, B., Zhang, Z., Mei, Y., Wang, W., Liu, L., & Xu, H. (2020). The influential factors of adherence to physical activity and exercise among community-dwelling stroke survivors: A path analysis. *Research Square*, 1-21. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-35983/v1>
- Lin B., Zhang Z., Sun Y., Mei Y., Xie J., & Zhang Y. (2013). A new scale evaluating functional exercise compliance for stroke patients in community: Design, reliability and validity tests. *Chinese Journal of Rehabilitation Medicine*, 28(6), 574–578.
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56-60.
- Miller, K. K., Porter, R. E., DeBaun-Sprague, E., Van Puymbroeck, M., & Schmid, A. A. (2017). Exercise after stroke: Patient adherence and beliefs after discharge from rehabilitation. *Top Stroke Rehabilitation*, 24(2), 142-148.
- Mitchell, C., Gittins, M., Tyson, S., Vail, A., Conroy, P., Paley, L., & Bowen, A. (2020). Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: Describing the population, therapy provision and outcomes on discharge. *Aphasiology*, 35, 1-11.
- Murie-Fernandez, M., & Marzo, M. M. (2020). Predictors of neurological and functional recovery in patients with moderate to severe ischemic stroke: The EPICA study. *Stroke Research and Treatment*, 2020, 1-13.

- Nakase, T., Tobisawa, M., Sasaki, M., & Suzuki, A. (2016). Outstanding symptoms of post stroke depression during the acute phase of stroke. *PLOS ONE*, *11*(10), 1-13.
- Ntaios, G., Wintermark, M., & Michel, P. (2021). Supracardiac atherosclerosis in embolic stroke of undetermined source: The underestimated source. *European Heart Journal*, *42*(18), 1789-1796.
- O'Carroll, Ronan E., Chambers, Julie A., Dennis, Martin., Sudlow, Cathie., & Johnston, Marie. (2013). Improving Adherence to Medication in Stroke Survivors: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*(3), 358-368.
- O'Sullivan, S. B., Schmitz, T. J., & Fulk, G. (2019). *Physical rehabilitation*. FA Davis.
- Ogwumike, O., Badaru, U. m., & Adeniyi, A. (2015). Barriers to treatment adherence among stroke survivors attending outpatient physiotherapy clinics in North-western Nigeria. *Clinical Health Promotion*, *5*, 4-10.
- Pande, S., Lwin, M., Kyaw, K., Khine, A., Thant, A., Win, M., & Morris, J. (2018). Post-stroke seizure; do the locations, types and managements of stroke matter? *Epilepsia Open*, *3*(3), 392-398.
- Park, H., Jeong, Y. S., Lee, S. H., Jang, S. H., Kwon, D. H., Hong, J.-H., Sohn, S.-I., & Yoo, J. (2021). Clinical prognosis of isolated anterior cerebral artery territory infarction: A retrospective study. *BMC Neurology*, *21*(1), 171.
- Paulus Kirchhof, Stefano Benussi, Dipak Kotecha, Anders Ahlsson, Dan Atar, Barbara Casadei, Manuel Castella, Hans-Christoph Diener, Hein Heidbuchel, Jeroen Hendriks, Gerhard Hindricks, Antonis S. Manolis, Jonas Oldgren, Bogdan Alexandru Popescu, Ulrich Schotten, Bart Van Putte1, & Panagiotis Vardas. (2016). ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *37*, 2893–2962.
- Pishkhani, M. K., Dalvandi, A., Ebadi, A., & Hosseini, M. A. (2020). Adherence to a rehabilitation regimen in stroke patients: A concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *25*(2), 139.
- Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., Johnston, K. C., Johnston, S. C., Khalessi, A. A., Kidwell, C. S., Meschia, J. F., Ovbiagele, B., & Yavagal,

- D. R. (2015). 2015 American heart association/american stroke association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute Ischemic stroke regarding endovascular treatment: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, *46*(10), 3020-3035.
- Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B., Hoh, B., Jauch, E., Kidwell, C., Leslie-Mazwi, T., Ovbiagele, B., Scott, P., Sheth, K., Southerland, A., Summers, D., & Tirschwell, D. (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), 46-99.
- ProFaNE. (2006). *FES-I As recommended by the World Fall Guidelines*. Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *50*(9), 769-778.
- Rennert, R. C., Wali, A. R., Steinberg, J. A., Santiago-Dieppa, D. R., Olson, S. E., Pannell, J. S., & Khalessi, A. A. (2019). Epidemiology, natural history, and clinical presentation of large vessel ischemic stroke. *Neurosurgery*, *85*(1), S4-S8.
- Ricci, N., Paschoalette Ferrarias, G., Iglesia Molina, K., Masullo Dib, P., & Alouche, S. (2015). Gait speed and falls self-efficacy in individuals with hemiparesis after stroke. *22*, 191-196.
- Sorganvi, V., Kulkarni, M., Kadeli, D., & Atharga, S. (2014). Risk factors for stroke: A case control study. *International Journal of Current Research and Review*, *6*(3), 46-52.
- Suwanwela, N. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, *16*, 1-7.
- Szczepańska-Gieracha, J., & Mazurek, J. (2020). The role of self-efficacy in the recovery process of stroke survivors. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 897-906.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (5). Pearson Boston, MA.
- Tabah, F., Sham, F., Zakaria, F., Hashim, N., & Dasiman, R. (2020). Factors influencing stroke patient adherence to physical activity: A systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *68*, 174-179.

- Tun, N. N., Arunagirinathan, G., Munshi, S. K., & Pappachan, J. M. (2017). Diabetes mellitus and stroke: A clinical update. *World journal of Diabetes*, 8(6), 235-248.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Cheng, S., Delling, F. N., Elkind, M., Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Gupta, D. K., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., & Liu, J. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254–e743.
- Vitturi, B. (2021). The COVID-19 pandemic sacrificed the excellence of stroke care worldwide. *Sn Comprehensive Clinical Medicine*, 3, 1-3.
- Watcharanurak, P., & Klubklay, A. (2017). Factors Influencing Preventive Behavior among Stroke-Risk Patients in Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 217-233.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Defining Adherence*.
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Health topic. "Stroke, Cerebrovascular accident,"*
<http://www.who.int/topics/cerebrovascularaccident/en/>.
- World Stroke Organization [WSO]. (2019). *Global Stroke Fact Sheet 2019*. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf
- World Stroke Organization [WSO]. (2021). *Why stroke matters*. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters>
- Yao, M., Chen, J., Jing, J., Sheng, H., Tan, X., & Jin, J. (2017). Defining the rehabilitation adherence curve and adherence phases of stroke patients: An observational study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1435-1441.
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์โชติพัฒน์ ด้านชัยจิตร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท
โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่
กรุงเทพมหานคร
2. นายแพทย์พิพัฒน์ ชุมเกษียร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่
กรุงเทพมหานคร
3. นางสาวณัฐชยาน์ โชคสะสมนธิภพ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลเฉพาะ
ทางการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท
โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่
กรุงเทพมหานคร
4. อาจารย์ ดร. ไพรินทร์ นิชาโชติศฤงฆ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
กรุงเทพมหานคร
5. นายวราชนเส หน่อแก้ว นักกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่
กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-080/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-H5043/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา จันทร์มิตรโสภาส
วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : อาจารย์ ดร.ปณิชา พลพิณ
วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 ประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

วันที่รับรอง : วันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566



สำเนา

ที่ IRB3-005/2566
Amendment ครั้งที่ 1

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS043/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 3 วันที่ 5 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 3 วันที่ 5 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 3 วันที่ 5 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 ประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

วันที่รับรอง : วันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรูญ แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรูญ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/วิทยาศาสตร์สุขภาพ/วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)





บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)
เลขที่ศูนย์วิจัย 7 ถนนพหลโยธิน
กรุงเทพมหานคร 10310

Bangkok Dusit Medical Services P.L.C.
2 Soi Siamtal 7, New Petchburi Rd,
Bangkok 10310, Thailand

tel: 66-2310-3000 Fax: 66-2310-3115
Contact Center Tel: 1719
www.bangkokhospitalgroup.com

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยวิจัยในคน
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)

ที่ รว.156/2565
วันที่ 27 กันยายน 2565
เรื่อง เอกสารรับรองโครงการวิจัย BHC-IRB 2022-05-22 (Full board)
เรียน พว.สุกพรรณ ภาณุสมนรรักษ์

ตามที่ท่านได้นำส่งโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง หรือ (ภาษาอังกฤษ): FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN
STROKE PATIENTS รหัสโครงการ BHC-IRB 2022-05-22 เป็นการศึกษาแบบ Full board เพื่อเข้ารับการพิจารณา
วิจัยโครงการวิจัยในคน บัดนี้คณะกรรมการฯของท่านได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

หากผู้วิจัยมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย การเปลี่ยนแปลงโครงการฯ หรือมีโครงการฯ อนุมัติโครงการฯ หรือไม่ที่จะ
ประสงค์ศึกษา คุ้มครองรายงานต่อคณะกรรมการวิจัยฯ ตามระยะเวลาที่มอบหมายกำหนด รวมถึงข้อมูลใดๆโครงการฯทุก
ๆ ปี ในกรณีที่ยังไม่แล้วเสร็จ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ พว.สุกพรรณ ภาณุสมนรรักษ์

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมเกียรติ คุณอนิคม
ประธานคณะกรรมการวิจัยวิจัยในคน
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ ชั้น 2 อาคาร 10
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (สุกน)
E-mail: dswanccp_ssm@bdms.co.th BHC-IRB@bangkokhospital.com
โทร : 02-756-1171, 081-359736

๓๘/๒๖ ข. บัณฑิตวิทยาลัย
๐. วิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ณ. เมือง จ. นครราชสีมา ๓๓๐๐๐



โทรศัพท์ ๐-๒๒๖๖-๕๕๕๕
โทรสาร ๐-๒๒๖๖-๕๖๖๐

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขที่ ๒๖๖๙

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN STROKE PATIENTS

นักวิจัย/หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวสุภาพรพรณ กาญจนบรรยงค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

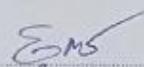
สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารที่รับรอง : รายละเอียดโครงการ
 แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถาม
 ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย
 ใบแสดงข้อมูลชี้แจงผู้ป่วย
 อื่น ๆ ระบุ

วันที่รับรอง - ๕ ก.ค. ๒๕๖๖

วันที่หมดอายุ - ๓ ก.ค. ๒๕๖๗

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้

ลงนาม 

(นางสุพวณิการ์ นวนอราม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

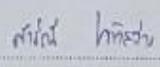
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(นางพิชรินทร์ ศรีโซมมาน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(นางสาวสุวิณี แก้วสว่าง)

นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(นางจุไรรัตน์ นีวิจิตร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย



ภาคผนวก ค

การขออนุญาตใช้เครื่องมือ
(ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์)

From: สุภาพรรณ การุญจนทรัพย์
Sent: 8 มีนาคม 2565 22:54
To: Jones, Fiona
Subject: RE: Letter Seeking Permission to Use The Stroke Self-Efficacy Questionnaire

Thank you very much for your kindness

Sent from [Mail](#) for Windows

From: [Jones, Fiona](#)
Sent: 8 มีนาคม 2565 18:46
To: [สุภาพรรณ การุญจนทรัพย์](#)
Subject: RE: Letter Seeking Permission to Use The Stroke Self-Efficacy Questionnaire

Dear Supapan

I apologise for the delay in replying. I am happy for you to use the SSEQ, I am not sure if there is a Thai version but it would also be worth checking that no-one else has done the translation before you do it. I haven't had any notification of a publication though.

I have attached some files which might be helpful. There is a 10 point version (the old version) but it has extra guidelines which might be helpful for completion. I have also attached the newer 4-response option

Best wishes
Fiona

Fiona Jones PhD MSc FCSP MBE
Professor, Rehabilitation Research
Centre of Health and Social care Research
Faculty of Health Social Care and Education
St George's University of London
6th Floor Hunter Wing
Cranmer Terrace
London SW17 0RE

f.jones@sul.kingston.ac.uk
@JonesFio
Orchid ID <http://orcid.org/0000-0002-1452-3895>

The LISTEN project: <https://www.kingston.ac.uk/research/research-showcase/research-case-studies/listen-long-covid/> | @TheLISTENproj

From: Supalak Khemthong

Sent: 17 มีนาคม 2565 14:59

To: สุภาพรรณ กาญจนบรยงค์

Subject: Re: การขอใช้เครื่องมือค่ะ

เรียน คุณสุภาพรรณ

ได้แก้ไขให้แล้วตามไฟล์แนบ หากต้องการอ้างอิงให้ละเอียดและถูกต้อง สามารถดูหน้า 65 และ 91 ในไฟล์หนังสือที่แนบเพิ่มเติมได้ครับ

อ.ศุภลักษณ์

On Thu, Mar 17, 2022 at 1:17 PM สุภาพรรณ กาญจนบรยงค์ <supapan.k@hotmail.com> wrote:

เรียน ผศ.ดร.ก.บ. ศุภลักษณ์ เข็มทอง

ดิฉัน นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรยงค์ นิสิตที่สอบถามอาจารย์ เรื่องการขอใช้เครื่องมือแบบสอบถามความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมด้วยตนเองหลังโรคหลอดเลือดสมอง ค่ะอ.

BURAPHA UNIVERSITY

Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือค่ะ

Supalak Khemthong <supalak.khe@mahidol.edu>

14/6/2565 10:41



To: Supapun Kanjanabunyong

ได้เลยครับผม

On Tue, Jun 14, 2022 at 10:37 AM Supapun Kanjanabunyong <supapan.k@hotmail.com> wrote:

เรียน ผศ.ดร.ก.บ. สุภลักษณ์ เข้มทอง

นิตินสามารถนำเครื่องมือไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ได้เลยไหมค่ะอ.

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์





FES-I

 Search


FES-I

As recommended by the World Falls Guidelines.

[Read more about the World Falls Guidelines](#)

What is the Falls Efficacy Scale International (FES-I)?

The Falls Efficacy Scale International (FES-I) and the Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) are measures of “fear of falling” or, more properly, “concerns about falling”, which are suitable for use in research and clinical practice.

FES-I and Short FES-I have been translated from the original English into many other languages (see below). FES-I and Short FES-I are available free of charge for use by researchers and clinicians providing they are appropriately referenced.

Background

Re: ขอความอนุเคราะห์ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเครื่องมือ Falls Efficacy Scale-International (FES-I) ค่ะ

เรียน ผศ.ดร.ลัดดา เขียมวงศ์

นิตินัดขอขอบพระคุณค่ะ

Get [Outlook for Android](#)

From: Ladda Thiamwong <tladda@gmail.com>

Sent: Monday, March 28, 2022 10:05:22 PM

To: supapan.k@hotmail.com <supapan.k@hotmail.com>

Subject: Re: ขอความอนุเคราะห์ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเครื่องมือ Falls Efficacy Scale-International (FES-I) ค่ะ

เรียน คุณสุภาพรรณและทีมวิจัย

ด้วยความยินดีค่ะ และงานวิจัยของคุณน่าสนใจและจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างมากคะ
ดิฉันได้แนบเครื่องมือและบทความวิจัยของขั้นตอนการแปลและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมา
ให้ หากมีคำถามในการใช้เครื่องมือหรือข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือ โปรดแจ้งมาได้ค่ะ

ขอบคุณมากค่ะ

ลัดดา เขียมวงศ์



From: สุภาพพรรณ กาญจนบุรียงค์
Sent: 7 มีนาคม 2565 17:23
To: zhangzx6666
Subject: RE: Letter Seeking Permission to Use Questionnaire Tool Questionnaire of Exercise Adherence (EAQ)

Thank you very much for you kindness

From: zhangzx6666
Sent: 7 มีนาคม 2565 8:03
To: supapan.k@hotmail.com
Subject: Re: Letter Seeking Permission to Use Questionnaire Tool Questionnaire of Exercise Adherence (EAQ)

Dear Supapun Kanjanabunyong,

Ok, you can translate it into Thai language, and if you need further assistance, please contact the first author-Beilei Lin (linbeilei.com.cn@163.com or linda870926@126.com).

Good luck to your research project and thanks for contacting with us.

Zhenxiang Zhang



zhangzx6666

zhangzx6666@126.com

签名由[网易邮箱大师](#)定制

On 3/5/2022 22:31, supapan.k@hotmail.com wrote:

Dear Professor, Doctoral. Zhengxiang Zhang

My name is Supapun Kanjanabunyong from Thailand. I'm a registered nurse in ICU of neuroscience, Bangkok Hospital headquarter, Bangkok, Thailand. I have been working in this unit for 6 years and now I'm studying the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing at Burapha University, Thailand. In this time, I'm developing my thesis under my advisor, Asst. Prof. Dr. Chutima Chantamit-O-Pas. My research focus on Adherence of rehabilitation in stroke patients. I have read research article that you published as "*A new scale evaluating functional exercise compliance for stroke patients in community: design, reliability and validity tests*". In this



ภาคผนวก ง

หนังสือตอบกลับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00 3 41 .
วันที่ 6 พ.ค. 2565
เวลา 13.44



ที่ อว ๘๗๑๘/๑๐๘๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
๑๑๔ สุขุมวิท ๒๓ แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๔๗๔ ลงวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มียุติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก" ของคุณพรพิทยา ธิมายอม ให้กับ นางสาวสุภาพรณ กาญจนบรรยงค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้พิจารณาแล้วมีความยินดีให้ผู้นิพนธ์ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. อ. ...

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เขียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

กนก

- ๖ พ.ค. ๒๕๖๕

*ดร./ผอ.วิทยาลัย
/นาย + ต.นาย
...
...
4 มี.ค. 65*

บัณฑิตวิทยาลัย
โทรศัพท์ ๐๒ ๖๔๔ ๕๐๖๖
โทรสาร ๐๒ ๒๖๐ ๐๑๑๒



ที่ สธ ๐๘๒๘.๗/๕๓๗

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖๑ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๔๗๗ ลงวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตใช้ "แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)" ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้น

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต พิจารณาแล้วอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนันทาวดี วรสุวิล)

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

กลุ่มงานอำนาจการ

โทร. ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๗๐

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๕๙



ภาคผนวก จ

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS043/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN STROKE PATIENTS)

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย

ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, และหรือศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่, แผนกงานบริการผู้ป่วยนอก และหรือคลินิกกายภาพบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแห่งชาติ, แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หรือแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาท และหรือศูนย์กายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง และมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านในช่วงก่อนรอแพทย์ทำการตรวจ หรือในช่วงหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จ หากระหว่างเก็บข้อมูลถึงคิวตรวจ ผู้วิจัยจะให้ท่านได้รับการตรวจตามคิวก่อน ภายหลังการตรวจเสร็จสิ้นจึงมาทำแบบสอบถามต่อไปเสร็จ ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์โดยละเอียด และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 7 ชุด ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง 4) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง 5) แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง 6) แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ 7) ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 79 ข้อ ใช้เวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัย
 ครั้งนี้ อาจไม่ได้ประโยชน์โดยตรง แต่ได้รับประโยชน์โดยอ้อม โดยภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย
 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลเพื่อทำให้เกิดความตระหนักและเกิดความ
 ร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้อย่างตรงเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้
 ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม
 โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
 ล่วงหน้า โดยไม่มีผลกระทบ ใด ๆ ต่อการได้รับการบริการทางสุขภาพของท่าน และไม่มี
 ผลกระทบต่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรฐานที่ท่านพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยจะเก็บรักษา
 ข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้
 เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้
 เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่
 รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล
 ได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคล
 ของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับ
 การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน
 ทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว
 สุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 098-263-4209 หรืออีเมล 63910201@my.buu.ac.th
 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์
 038-102835 หรืออีเมล chutimachantamit@hotmail.com

นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์
 ผู้วิจัย

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย และ นวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือ แพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้





เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(FACTORS INFLUENCING THE ADHERENCE OF REHABILITATION IN STROKE PATIENTS)
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัย ได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่บังคับข้อนั้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการบริการทางสุขภาพต่อข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรฐานที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในหน้าที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 7 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้ม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเติมข้อความลงในช่องว่างและเขียนเครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงความเป็นจริง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () 1. ชาย
() 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา
() 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา
() 5. ปริญญาตรี
() 6. สูงกว่าปริญญาตรี โปรรระบุ.....
5. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. รับราชการ
() 3. รัฐวิสาหกิจ () 4. ค้าขาย/ ทำธุรกิจ
() 5. เกษตรกรรม () 6. รับจ้าง
() 7. อื่น ๆ โปรรระบุ
6. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ () 1. คนเดียว () 2. กับสามี/ภรรยา
() 3. กับญาติ () 4. กับลูกหลาน
() 5. อื่น ๆ
7. ลักษณะที่อยู่อาศัย มีบันไดก่อนขึ้นบ้านหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี
ห้องน้ำมีราวจับกันล้มหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี
มีของอยู่ชั้นบนที่ต้องเอื้อมมือ หรือปีน () 1. มี () 2. ไม่มี
มีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี

มีสัตว์เลี้ยงหรือไม่

() 1. มี () 2. ไม่มี

8. สิทธิในการรักษา () 1. จ่ายเอง
 () 2. สิทธิข้าราชการ
 () 3. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 () 4. สิทธิประกันสังคม
 () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

9. รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

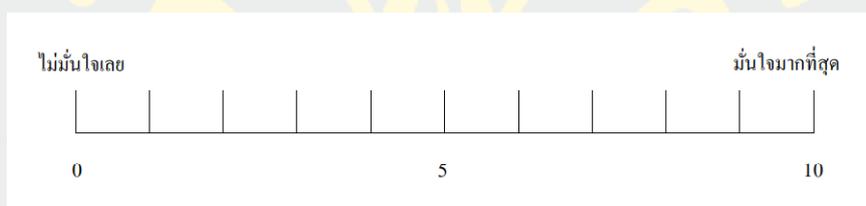
10. การวินิจฉัยโรค (ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย)
 () 1. หลอดเลือดสมองขาดเลือด
 () 2. หลอดเลือดสมองแตก
11. ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เดือน วัน
12. ตำแหน่งของพยาธิสภาพ (ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย)
 () 1. สมองส่วนหน้า () 2. สมองส่วนหลัง
 () 3. สมองซีกซ้าย () 4. สมองซีกขวา
 () 5. อื่นๆ ระบุ
13. ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง
 () 1. ด้านขวา () 2. ด้านซ้าย
14. โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหลอดเลือดสมอง
 () 1. ไม่มี
 () 2. มี (หากมีโรคประจำตัวกรุณาตอบข้อด้านล่าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () 2.1 โรคเบาหวาน () 2.2 โรคความดันโลหิตสูง
 () 2.3 โรคไขมันในเลือดสูง () 2.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด
 () 2.5 อื่น ๆ ระบุ
15. การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19
 () 1. ไม่เคย
 () 2. เคย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

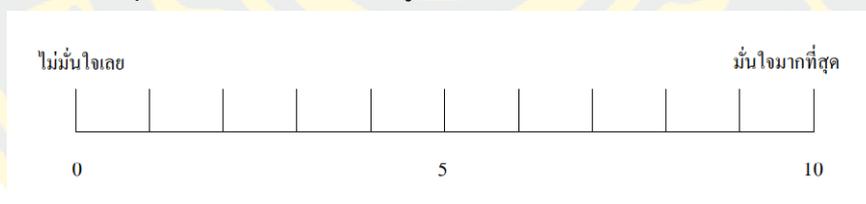
คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมายวงกลม O ณ จุดใดจุดหนึ่งบนสเกลที่ระบุถึงระดับความมั่นใจของท่านในการทำกิจกรรมนั้น (0 = ไม่มั่นใจเลย, 10 = มั่นใจมากที่สุด) สำหรับกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้

ท่านมั่นใจอย่างไรในขณะที่จะสามารถ....

1. พาตัวท่านเองเข้าอนพักผ่อนในแต่ละคืน



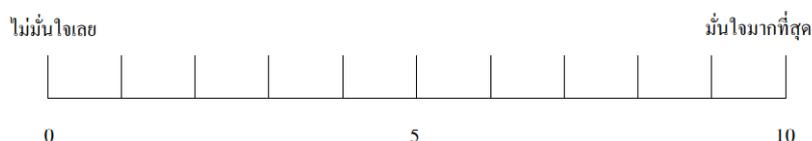
2. พาตัวท่านเองลุกออกจากเตียงถึงแม้จะรู้สึกไม่มีแรง



3. เดิน 2-3 ก้าวด้วยตัวเองบนพื้นผิวต่างๆ ในบ้านของท่าน



4. เคลื่อนไหวรอบๆ บ้านเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ



5. เดินบนพื้นผิวต่างๆ ออกไป ช้างนอกบ้านด้วยตัวท่านเองอย่างปลอดภัย



6.



7.



8.



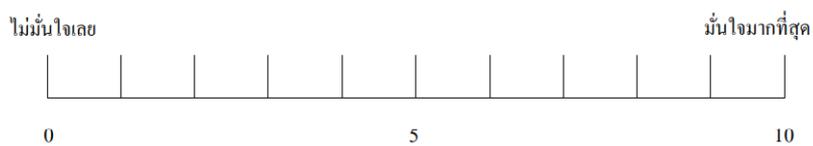
9.



10.



11. จัดการกับความรู้สึกท้อแท้หงุดหงิด หรือหมดกำลังใจ หากไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตัวท่านเองภายหลังจากเหตุการณ์เส้นเลือดตีบหรือแตกสมอง



12.



13.



ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความพิการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความพิการ โดยให้ท่าน อ่านข้อความในแบบประเมินทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังต่อไปนี้

- () 0 No symptom
- () 1 No significant disability despite symptoms: ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ
- () 2
- () 3
- () 4 Moderate severe disability: มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ
- () 5
- () 6

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่าน อ่านข้อความในแบบประเมินทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังต่อไปนี้

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยในเวลาที่ท่านทำการบริหารร่างกายส่วนที่อ่อนแรง	1	2	3	4	5
2. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจท่านในการบริหารร่างกาย	1	2	3	4	5
3.	5	4	3	2	1
4.	1	2	3	4	5
5.	5	4	3	2	1
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8. สมาชิกในครอบครัวท่านช่วยจำและบอกให้ท่านทราบเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย	1	2	3	4	5
9. ท่านต้องค้นหาวีธีการดูแลปฏิบัติตน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง	5	4	3	2	1
10. ท่านได้รับคำแนะนำถึงประโยชน์ของการบริหารร่างกายจากสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5

**แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)**

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12. ขณะที่ท่านเจ็บป่วยมีสมาชิกในครอบครัว รับอาสาทำต่างๆ แทนท่าน	1	2	3	4	5
13.	5	4	3	2	1
14. ท่านสามารถให้อาหารให้สมาชิกใน ครอบครัวท่านช่วยในการทำกิจวัตร ประจำวัน เช่น ใส่อุปกรณ์ พาเข้าห้องน้ำให้ ท่านได้	1	2	3	4	5
15. สมาชิกในครอบครัวช่วยท่านทำการ บริหารร่างกายตามที่นักกายภาพบำบัดและ นักกิจกรรมบำบัดแนะนำ	1	2	3	4	5

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความกลัวการหกล้ม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่าน อ่านข้อความในแบบประเมินทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังต่อไปนี้

ท่านว่าขณะทำกิจกรรมดังข้อความเหล่านี้ ท่านมีความกลัวการหกล้มมากเพียงใด หากท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในข้อใดด้วยตนเอง ให้ท่านคิดหรือจินตนาการ ว่าหากจำเป็นต้องทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง ท่านกลัวว่าจะเกิดการหกล้มมากน้อยเพียงใด.....

กิจกรรม	ความรู้สึกลึกและความคิดเห็น			
	ไม่กลัวเลย	กลัวเล็กน้อย	กลัวมาก	กลัวมากที่สุด
1. ทำความสะอาดบ้าน	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3. หุงข้าว ทำกับข้าวอย่างง่ายๆ	1	2	3	4
4. อาบน้ำ	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8. เดินเล่นนอกบ้านหรือรอบๆ บ้าน	1	2	3	4
9. เอ็มแขนหีบของเหนือศีรษะ หรือก้มลงเก็บของ	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	1	2	3	4

**แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ
โรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)**

กิจกรรม	ความรู้สึกและความคิดเห็น			
	ไม่กลัว เลย	กลัว เล็กน้อย	กลัว มาก	กลัว มากที่สุด
12. ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15. เดินขึ้น ลงบนทางที่ลาดชัน	1	2	3	4
16. ไปร่วมงานต่างๆ ของชุมชน เช่น ไปทำบุญที่ วัด/มัสยิด/โบสถ์	1	2	3	4

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความวิตกกังวล ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่าน อ่านข้อความในแบบประเมินทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังต่อไปนี้

ความคิดและพฤติกรรมในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่มี	ปานกลาง	มาก/ประจำ
1. ท่านรู้สึกกังวล ไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน	1	2	3
2. ท่านรู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น กักตุนอาหาร, หน้ากาก เป็นต้น	1	2	3
3. ท่านนอนไม่หลับ / หรือมีปัญหาการนอน เพราะคิดเกี่ยวกับ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	1	2	3
4.	1	2	3
5.	1	2	3

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่าน อ่านข้อความในแบบประเมินทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังต่อไปนี้

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน	1	2	3	4
2. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและยืนหยัดที่จะออกกำลังกายวันละ 2-3 ครั้งเป็นประจำน้อย	1	2	3	4
3. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยที่แต่ละครั้งในการออกกำลังกายจะมีระยะเวลาอย่างน้อย 30-45 นาที	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8. ท่านดูแลฟื้นฟูการทำงานของแขนขาที่อ่อนแรงและผลักดันตัวเองให้ออกกำลังกายทุกวัน	1	2	3	4
9. ท่านฝึกสังเกตและประเมินผลหลังการออกกำลังกายที่เพิ่มหน้าที่การทำงานของข้างที่อ่อนแรงเป็นประจำ	1	2	3	4

**แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)**

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
10.	1	2	3	4
11. ท่านยอมรับคำแนะนำของครอบครัว/ เพื่อนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพ	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14. เมื่อท่านสังเกตว่ากระบวนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ค่อยได้ผล ท่านกระตือรือร้นที่จะขอคำแนะนำจากคนอื่น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย	1	2	3	4

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุภาพรรณ กาญจนบรรยงค์
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤษภาคม 2535
สถานที่เกิด	พระนครศรีอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	หอBMC place2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ หัวขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา พ.ศ. 2567 ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา