



ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
จังหวัดฉะเชิงเทรา



นฤมล พรหมบุญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
จังหวัดฉะเชิงเทรา



นฤมล พรหมบุญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS AFFECTING THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG STROKE PATIENTS
IN THE COMMUNITY, CHACHOENGSARO PROVINCE



NARUEMOL PROMBUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY
2025
COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นฤมล พรหมบุญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหาราชพงศ์)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหาราชพงศ์)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัสมา วัฒนบูรานนท์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลากาซิม)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิท สุวรรณหงษ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

65920237: สาขาวิชา: -; ส.ม. (-)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

นฤมล พรหมบุญ : ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. (FACTORS AFFECTING THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG STROKE PATIENTS IN THE COMMUNITY, CHACHOENGSAO PROVINCE)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นิภา มหารัชพงศ์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2568.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐบาลในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 181 คน จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าไคสแควร์ และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 28.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.9 อาชีพ รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.2 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 42.5 โรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.1 ช่วงระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 51.4 เฉลี่ย 10.43 เดือน ไม่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 73.5 ไม่มีประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ร้อยละ 71.3 ผู้ดูแลหลักในช่วงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.6 มีค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบันอยู่ช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนร้อยละ 67.4 เฉลี่ย 12.14 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 38.61$, $SD = 4.48$, $\bar{x} = 39.11$, $SD = 5.11$ ตามลำดับ) มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.41$, $SD = 1.28$, $\bar{x} = 58.54$, $SD = 5.39$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = .215$, $p < .01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .174$, $p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .159$, $p < .05$) ส่วน

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชนได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่การได้รับการสนับสนุนทางสังคม



65920237: MAJOR: -; M.P.H. (-)

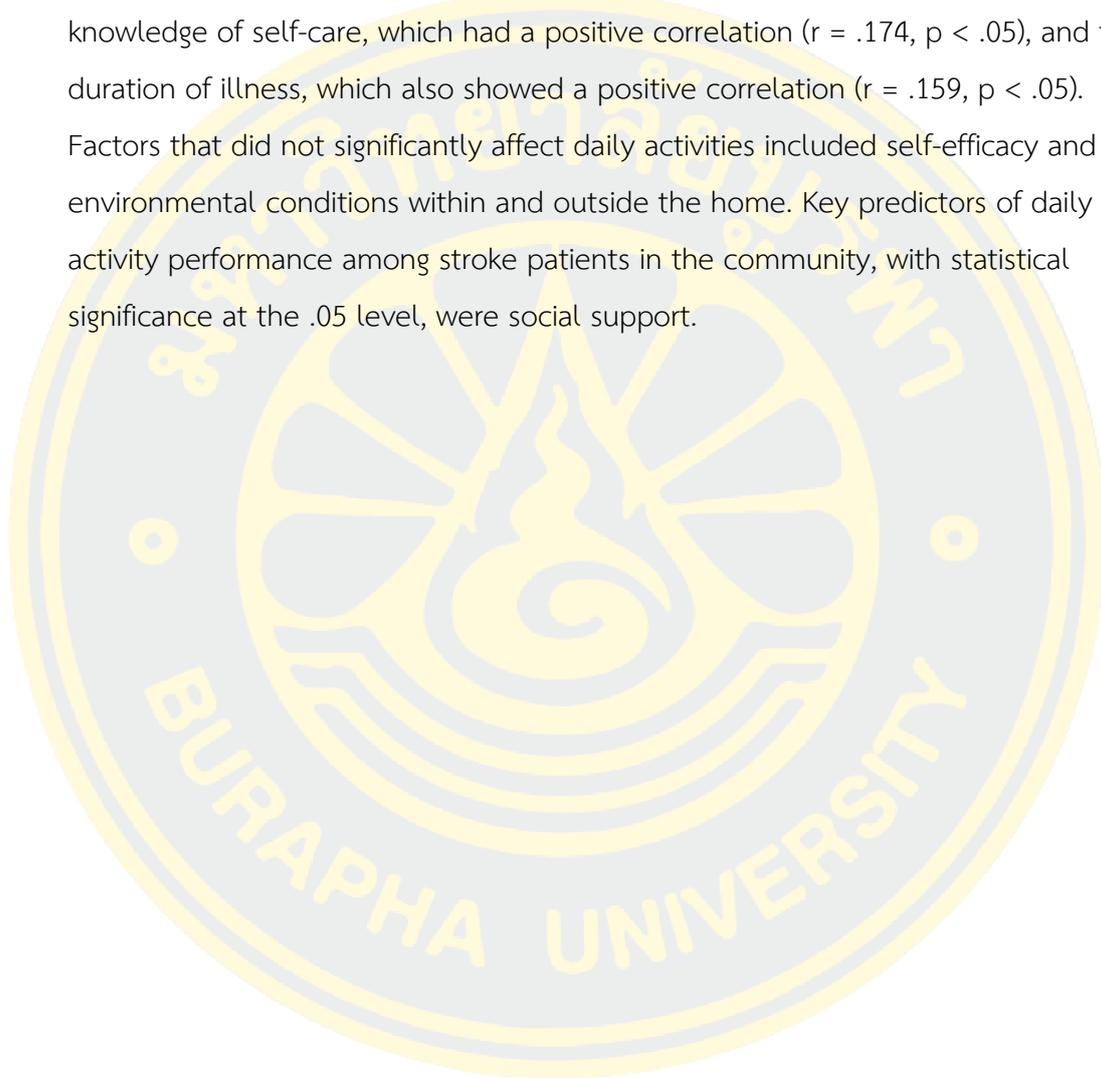
KEYWORDS: STROK PATIENTS/ ACTIVITIES OF DAILY LIVING

NARUEMOL PROMBUN : FACTORS AFFECTING THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG STROKE PATIENTS IN THE COMMUNITY, CHACHOENGSAO PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: NIPA MAHARACHPONG, Ph.D. 2025.

This study employed a cross-sectional research design aimed at examining the factors influencing the performance of daily activities among stroke patients in community settings in Chachoengsao Province. The sample consisted of 181 stroke patients who received treatment in government hospitals across 11 districts of Chachoengsao Province, selected through quota sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive and inferential statistics, including chi-square tests and multiple regression analysis.

The research findings revealed that the majority of stroke patients in Chachoengsao Province were aged between 60 and 69 years (28.2%), with 51.9% being female. Regarding educational background, 30.9% had completed high school or vocational education (Grade 12 equivalent). Most participants adhered to Buddhism (72.9%), and 37.6% were employed as general laborers or company staff. The average monthly income ranged between 10,001 and 15,000 Baht for 39.2% of the participants. In terms of marital status, 42.5% were married. Hypertension and hyperlipidemia were the most common underlying diseases (27.1%). A majority (51.4%) had been diagnosed with a stroke for over 12 months, with an average duration of illness being 10.43 months. Among the participants, 73.5% reported no family or relatives with a history of stroke, and 71.3% indicated no prior interaction or discussions with acquaintances who had experienced a stroke. The primary caregivers during the illness were predominantly spouses (32.6%). The current Barthel ADL Index (BI) scores were 12 or higher for 67.4% of the participants, with an average score of 12.14. Social support and environmental conditions, both within and outside the home, were found to be at a good level ($\bar{x} = 38.61$, $SD = 4.48$, and $\bar{x} = 39.11$, $SD = 5.11$, respectively). Knowledge about self-care among stroke patients and self-

efficacy were at a moderate level ($\bar{x} = 9.41$, $SD = 1.28$, and $\bar{x} = 58.54$, $SD = 5.39$, respectively). Factors influencing the performance of daily activities among stroke patients in the community were found to be at a moderate level, with social support showing a negative correlation ($r = .215$, $p < .01$). Low-level factors included knowledge of self-care, which had a positive correlation ($r = .174$, $p < .05$), and the duration of illness, which also showed a positive correlation ($r = .159$, $p < .05$). Factors that did not significantly affect daily activities included self-efficacy and the environmental conditions within and outside the home. Key predictors of daily activity performance among stroke patients in the community, with statistical significance at the .05 level, were social support.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากหลายท่านที่อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัชมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสนอแนะ แนวทาง แก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานกรรมการสอบปากเปล่า วิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชฌา วัฒนบุรณนัท และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ อับดุลลาคาซิม ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความความรู้ และเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ แพทย์หญิงพิจิภัทร อนุราชเสนา นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธโสธร นายสมบัติ ทังทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ดร.กัญญา เกษรพิกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ รวมทั้งให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณ นางพิชิตา ตัญญบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพงานการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล และ Care Manager ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างและญาติที่เสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ครอบครัว เพื่อน พี่น้อง ที่เป็นกำลังใจทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแต่บิดามารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในครั้งนี้

นฤมล พรหมบุญ

สารบัญ

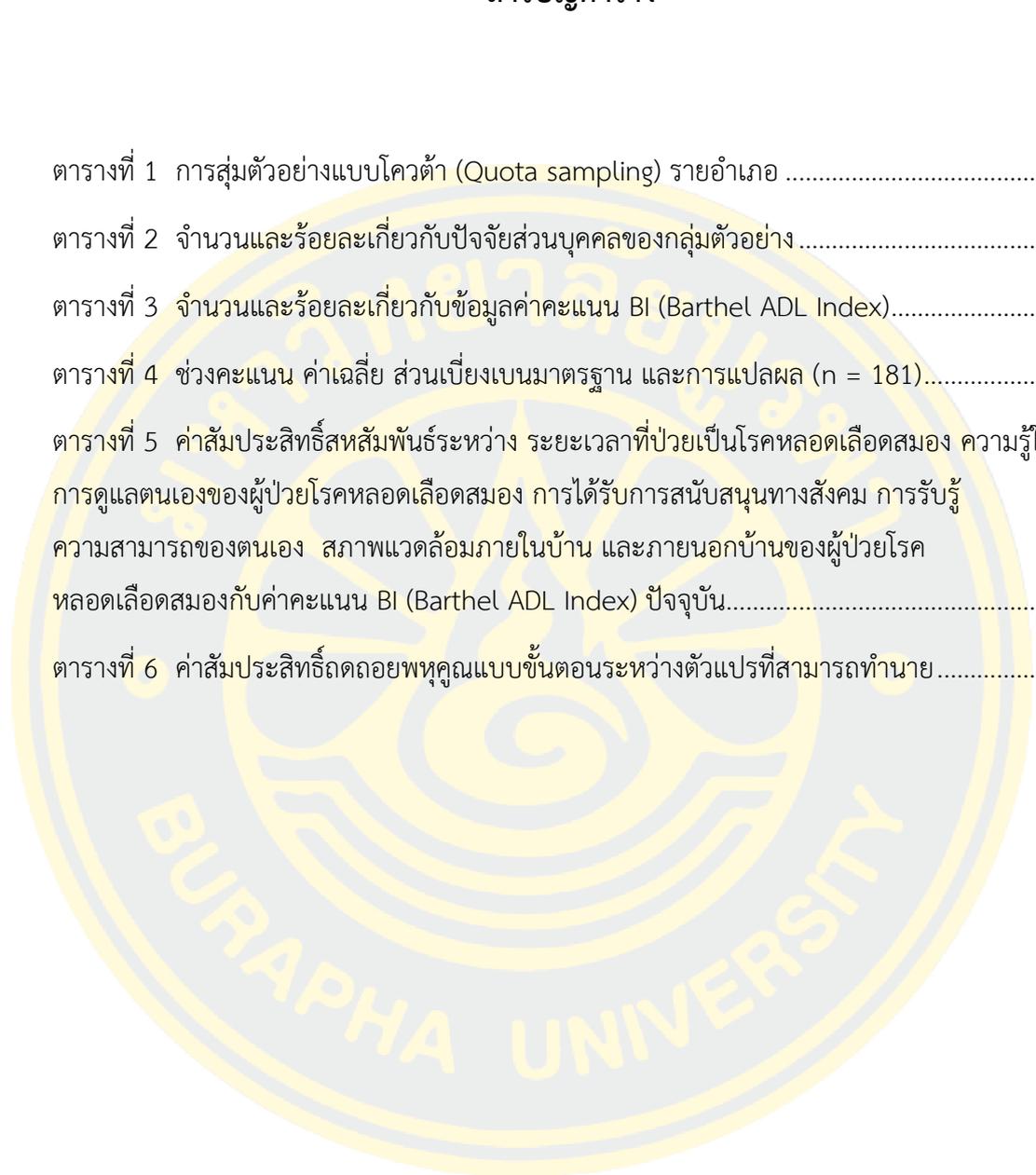
หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคหลอดเลือดสมอง.....	8
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory).....	23
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory).....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	42

รูปแบบของการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา	56
ส่วนที่ 2 ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การ รับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีผลต่อการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา .	60
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา	61
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย	65
อภิปรายผลการวิจัย	67
ข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก	85
ภาคผนวก ข	87
ภาคผนวก ค	95
ประวัติย่อของผู้วิจัย	100

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) รายอำเภอ	45
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	56
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index).....	59
ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล (n = 181).....	60
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองกับค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน.....	62
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนาย	63



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2 การแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และ ส่วนบุคคล (C) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ.....	24
ภาพที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ.....	25
ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการ กระทำ (Bandura, 1977).....	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยมีสาเหตุหลักจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองหรือการมีเลือดออกในสมอง อาการหรือความผิดปกติมักปรากฏนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยอาการสำคัญได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง หรือมีความลำบากในการเคลื่อนไหวแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะไม่ใช้สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่กลับส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความพิการซึ่งนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งสำหรับผู้ป่วยเองและครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคประมาณ 1,880 รายต่อประชากร 100,000 คน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 24 ของประชากร โดยโรคนี้ยังถือเป็นหนึ่งในโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 30–69 ปี (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2563) และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับที่ 3 ของความพิการทั่วโลก จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคนทั่วโลก เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกถึง 6.5 ล้านคน รายงานสถิติสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ทั้งนี้ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นจำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2564 โดยอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560–2563 พบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ ในส่วนของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 11.02, 10.60, 10.24, 10.34 และ 10.58 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ตัวเลขเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความจำเป็นในการวางแผนป้องกันและจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อลดผลกระทบในอนาคต

จากข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะรอดชีวิตจากภาวะ

วิกฤติ แต่ผลกระทบที่ตามมาจากรอค้นี้มักทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียการควบคุมแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ความสามารถในการพูดหรือกลืน รวมถึงปัญหาทางอารมณ์ ความทรงจำ และการทำกิจวัตรประจำวัน

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง (Intermediate Care) หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6 เดือนแรก ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจากพ้นภาวะวิกฤติ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลในระยะนี้เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ลดความพิการ และส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลังจากพ้นระยะวิกฤต ถึง 6 เดือนแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สมองและร่างกายมีโอกาสฟื้นตัวได้ดีที่สุด การทำกายภาพบำบัดอย่างทันท่วงทีช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการในระยะยาว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ประมาณ 3–20% ของผู้ป่วยที่สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและบริเวณที่สมองได้รับความเสียหาย(ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพญาไท, 2565) อย่างไรก็ตาม รายงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าประมาณร้อยละ 6 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะวิกฤต หรือระยะกลาง การติดตามเยี่ยมบ้านหลังออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

ในทางกลับกันข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีความแตกต่างจากข้อมูลในระดับประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะวิกฤต จำนวน 1,068 ราย หลังได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพครบ 6 เดือน ผู้ป่วยมีค่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคะแนน BI (Barthel ADL Index) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน จำนวน 988 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.51 และมีผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพียงจำนวน 80 รายคิดเป็นร้อยละ 7.49 (กองตรวจราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6, 2565) จะเห็นได้ว่าจังหวัดฉะเชิงเทรา มีเปอร์เซ็นต์การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่าระดับประเทศ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังพ้นภาวะวิกฤติ วัตถุประสงค์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index (BI)) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน

สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตมักสูญเสียความมั่นใจในการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองอย่างมาก (Schmid et al., 2012) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Korpershoek, Bijl, & Hafsteinsdottir, 2011) แนวคิดทางปัญญาสังคมของ Bandura (1997) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองคือความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งในบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมี Self-efficacy ที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูวิฤติ เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้มักยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมสร้างกำลังใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้ การผสมผสานปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอย่างเหมาะสม เช่น การส่งเสริม Self-efficacy ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นการสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และการจัดหาแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นตัวได้ดีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น จากข้อมูลสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยการประเมินค่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index (BI)) ที่มีแนวโน้มการฟื้นตัวสูงกว่าข้อมูลในระดับประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยอ้างอิงทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House รวมถึงการพิจารณาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อใช้ผลการศึกษาที่ได้ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะวิฤติ กลับไปรักษาตัวอยู่ในชุมชน โดยการดูแลของคนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสามารถนำไปใช้เป็นตัวแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดใกล้เคียงหรือพื้นที่ที่สนใจ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบททางสังคมของชุมชน และสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

คำถามในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหรือไม่
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
5. เพื่อศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

5. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพวางแผนในการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังพ้นระยะวิกฤติให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ เพื่อป้องกันและลดอัตราการพึ่งพิงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริม และให้ความรู้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ให้มีความตระหนักถึงความสำคัญ ข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในสังคม และครอบครัว หากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ป่วยในช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2565 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ให้ต้องได้รับการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) มีผลการประเมิน Barthel Index หลังพ้นระยะวิกฤตน้อยกว่า 12 คะแนน จำนวน 246 คน

2. ตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการเจ็บป่วย 2) ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 5) สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน

ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน BI (Barthel ADL Index) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา เมื่อพ้นระยะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) แพทย์ประเมินเข้าเกณฑ์ที่ต้องได้รับการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) มีผลการประเมิน Barthel Index หลังพ้นระยะวิกฤตน้อยกว่า 12 คะแนน มีอาการป่วย 6 เดือนขึ้นไป

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละบุคคลใน ระยะ 1 ปีแรก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการเจ็บป่วย

สภาพแวดล้อม หมายถึง ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทั้งภายในบ้าน และภายนอกบ้าน ที่มีความเหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน คือ 1.)การจัดระเบียบสิ่งของภายในบ้านให้เหมาะสมสำหรับ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2.) การจัดสถานที่หรือติดตั้งอุปกรณ์กายบริหาร
2. สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน คือ 1.)สถานที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ สวนสาธารณะ สำหรับพาผู้ป่วยออกไปผ่อนคลาย 2.) การจัดสถานที่หรือติดตั้งอุปกรณ์กายบริหาร

ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูร่างกายของตนเองให้สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การพบแพทย์ตามนัด การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ และข้อ การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การปรับสภาพจิตใจและอารมณ์

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการดูแลตนเองและมีความคาดหวังในการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) การกายภาพบำบัด 2) การรับประทานยา 3) การรับประทานอาหาร และ 4) การพบแพทย์ตามนัด

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการดูแลช่วยเหลือในช่วงที่ในด้าน การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์, ด้านข้อมูลข่าวสารการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการสนับสนุนด้านเครื่องมือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ และเวลาจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ (ผู้ดูแล (Caregiver), อสม)

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชีวิตการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพ และการจัดการความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ความหมาย ชนิด และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และผลกระทบของโรค
2. การฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมอง
3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

โรคหลอดเลือดสมอง

1. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุกๆ 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

2. ความหมาย ชนิด และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ (Stroke) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทยได้ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากเกิดความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้หลอดเลือดแดงภายในสมองที่นำออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวางหรืออุดตัน ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและออกซิเจน ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองตาย สมองเป็นอวัยวะที่มีความซับซ้อนมาก และควบคุมการทำงานของร่างกายทำให้มีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้น ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (American Stroke Association, 2015)

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการตีบ การแตกของหลอดเลือดในสมอง จนทำให้เกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ เป็นผลทำให้เกิดอาการตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง ซึ่งจะเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โดยสรุป โรคหลอดเลือดสมองคือกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองที่ลดลงจนทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด เซลล์สมองจะเกิดการขาดออกซิเจนและตาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือด การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดจนทำให้เกิดอาการและอาการแสดงในตำแหน่งที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงาน ซึ่งมีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) แบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

1.2 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง แบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

2.1 โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

2.2 โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิดทั้งนี้ก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นผู้ป่วยอาจพบอาการที่เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงหัวใจระยะหนึ่ง จากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน แต่จะเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้น และกลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยอาการนี้ถือเป็นสัญญาณเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมองควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุดโรคหลอดเลือดสมองรักษาหายได้ โดยวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ๆ แต่หลังจากรักษาหายแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติได้หรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมองและการทำกายภาพบำบัด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ดังต่อไปนี้

ด้านกายภาพ ประกอบด้วย

อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสื่อมของหลอดเลือด โดยผิวชั้นของหลอดเลือดมีความแข็งและหนาตัวมากขึ้นทำให้เกิดความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้ทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มอายุที่มากกว่า 55 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าคนในวัยอื่นได้ถึง 2 เท่า (Sorganvi, Kulkarni, Kadeli, & Atharga, 2014)

เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีโรคร่วม 3 ชนิดที่มากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (จุก สุวรรณโณ และ จอมสุวรรณโณ, 2560)

พันธุกรรม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดโดยตรงหรือผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าคนปกติ (American Stroke Association, 2015; Hankey, & Less, 2001; Sorganvi, Kulkarni, Kadeli, & Atharga, 2014)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด อัตราเสี่ยงพบได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแข็งตัวการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมองลดลง ผนังหลอดเลือดที่หนาตัว

จึงเกิดการตีบแคบลง อุดตันและแตกได้ง่าย ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ (Sorganvi, Kulkarni, Kadeli, & Atharga, 2014) และผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในช่วง มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท พบว่าเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ร้อยละ 87 (Watila et al., 2012)

โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation : AF) พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดโรคสมองขาดเลือด (Whitford, Holmes, 2009) การที่หัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้มีเลือดวนค้างอยู่ในหัวใจ เพราะหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเต็มที่ เลือดที่ค้างอยู่จึงมีการจับตัวกันเป็นลิ่มเลือดเล็ก ๆ ลิ่มเลือดหรือตะกอนมีการหลุดลอยออกจากหัวใจ และลอยไปอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมอง จนทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ พบความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 5 เท่า ของคนปกติในกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจล้มเหลว มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่าคนปกติ จากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองที่ลดลง และพบความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจและมีความพิการของหัวใจตั้งแต่กำเนิด (American Stroke Association, 2015)

โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ เป็นสาเหตุให้การไหลเวียนเลือดไปยังสมองถูกขัดขวาง ทำให้หลอดเลือดสมองมีความแข็งและหนาตัวมากขึ้น เมื่อหลอดเลือดแข็งตัวความยืดหยุ่นของหลอดเลือดไม่ดี จึงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณสมองมีการตีบหรืออุดตันได้ง่าย ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติได้ 2-3 เท่า โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมที่สำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (American Stroke Association, 2015)

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์สูง (Triglyceride) เมื่อไขมันในเลือดสูงทำให้ไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวมากขึ้น เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ส่งผลให้หลอดเลือดสมองมีการตีบตันหรือแตกได้ (Watila et al., 2012) ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากพบมีโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและน้ำหนักตัวเกิน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยิ่งขึ้น (American Stroke Association, 2015)

ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid artery disease) เกิดจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่ลำคอมีความผิดปกติ มีการอุดตันหรือตีบแคบลงทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมองอุดตัน จนกลายเป็นสมองขาดเลือดได้ (Kitamura et al., 2004)

ดัชนีมวลกาย (Body mass index) เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึงผู้ที่มีภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ปัจจัยดังกล่าวจึงส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2015)

ด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

การสูบบุหรี่ เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่จะไปเกาะบริเวณผนังของหลอดเลือด ซึ่งเป็นตัวทำลายผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ทำให้ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดลดลง ซึ่งการสูบบุหรี่สะสมเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ คล้ายคลึงกัน (Josephson, Hauser, & Johnston, 2010)

การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity) การไม่ทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่ออกกำลังกาย ทำให้เกิดความอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น

การบริโภคอาหาร ที่มีรสเค็มจัดหรือมีเกลือสูง เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส ผงปรุงรส เครื่องพริกแกง อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไข่เค็ม ไส้กรอก ขนมกรุบกรอบ อาหารดองเค็ม อาหารแช่แข็ง อาหารตากแห้ง การบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งและตีบ

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปริมาณมากจะส่งผลให้เลือดอ่อนตัว เลือดออกง่ายและหยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมอง ประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดออกง่ายจากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น

โดยสรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยประกอบกันทั้งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การรับประทานอาหาร เป็นต้น

3. พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และผลกระทบของโรค

พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากผนังหลอดเลือดอ่อนแอและมีความดันโลหิตที่สูงมากขึ้น ทำให้เกิดการโป่งพองและมีการฉีกขาดของหลอดเลือด

ซึ่งเลือดที่ออกมาจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) ก้อนเลือดนั้นไปกดเบียดเนื้อสมอง เกิดการอักเสบขึ้น หากถูกกดปริมาณมากและเป็นเวลานาน 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดเนื้อสมองตาย เมื่อก้อนเลือดขนาดใหญ่ไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

เมื่อมีการดำเนินของโรค ผู้ป่วยจะเกิดภาวะอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนเกิดเป็นความพิการที่ถาวรหรือเสียชีวิตได้

พยาธิสภาพของสมองขาดเลือด เกิดจากภาวะที่สมองมีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งมีผลมาจากการอุดตันจากลิ่มเลือด (Emboli, Atheroma, Thrombi) ซึ่งทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้สมองมีการขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าหลอดเลือดมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะทำให้การขนส่งออกซิเจน (Oxygen) และน้ำตาล (Glucose) ที่ไปเลี้ยงบริเวณสมองลดลง ซึ่งการไหลเวียนเลือดที่ลดลงนั้นจะส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองตายภายใน 4-10 นาที สมองปกติมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตร ต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงน้อยลง 16-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที สมองบริเวณนั้นจะขาดเลือดและมีการตายของเนื้อเยื่อภายใน 1 ชั่วโมง และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที สมองบริเวณนั้นจะขาดเลือดโดยไม่มีการตายของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้มีการขาดเลือดเป็นเวลายาวนานหลายชั่วโมง และอาจกลับมาปกติได้ ถ้ามีการไหลเวียนเลือดได้อีกครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack : TIA) (American Stroke Association, 2015)

การขาดเลือดของสมองทำให้เซลล์สมองมีการบาดเจ็บและเสียหาย ซึ่งเป็นผลมาจากการไหลเวียนเลือดที่ลดลงและขาดเลือด ทำให้เซลล์ประสาทและสมองตรงกลางของเซลล์มีการตาย และบริเวณโดยรอบการตายของเนื้อเยื่อ (Ischemic penumbra) มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงลดลง โดยพบว่าบริเวณ Penumbra ไม่สามารถทำงานได้ปกติในช่วงของการลดลงของเลือดไปเลี้ยง แต่สมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้ถ้ามีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงได้ทันเวลา ขนาดของ Penumbra ขึ้นกับปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมาทดแทน (Durukan & Tatlisumak, 2007) เมื่อสมองขาดเลือดจะเกิดปฏิกิริยาทางชีวเคมีอย่างต่อเนื่อง มีการปล่อยสารพิษต่อระบบประสาท เช่น อนุมูลอิสระ (Antioxidant) กลูตาเมต (Glutamate) และไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide) ทำให้เกิดความเป็นกรดของพื้นที่ที่มีการขาดเลือด เยื่อหุ้มเซลล์เกิดภาวะความเป็นกลางทางไฟฟ้า ส่งผลให้ไซโตซึมและแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ เซลล์ประสาทจะบวมในช่วงแรก จะมีการหดตัวและตายในเวลาต่อมา เป็นการขาดเลือดแบบทุติยภูมิ การทำงานของระบบประสาทบางส่วนอาจฟื้นกลับมาได้เอง ในระยะแรกอาจพบอาการเตือนหรืออาการนำก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีสมองขาดเลือดชั่วคราว อาการอาจเป็นเพียงชั่วคราว และอาจเกิดขึ้นซ้ำได้อีก ซึ่งความรุนแรงอาจเพิ่มมากขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจมี

อาการเวียนศีรษะ สับสน งุนงง แขนขาชา มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า พูดไม่ชัด เดินเซ สูญเสียความสามารถในการทรงตัว (Nicol & Thrift, 2005) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ระบุอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีอาการใบหน้าเบี้ยวปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน พูดลำบากหรือพูดไม่ชัด วิงเวียนศีรษะมึนงง การทรงตัวไม่ดี (American Stroke Association, 2015)

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งลักษณะอาการตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการแสดงขึ้นอยู่กับบริเวณที่แขนงของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยง หากแขนงของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองบริเวณใด อาการจะเกิดกับหน้าที่ของสมองส่วนนั้น (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

1. หลอดเลือดแดงส่วนหน้า (Anterior Cerebral Artery: ACA) ทำหน้าที่ในการลำเลียงเลือดมาเลี้ยงสมองส่วนหน้าบริเวณ Frontal lobe เมื่อหลอดเลือดแดงส่วนหน้าขาดเลือดหรืออุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ แขนขาข้างตรงข้ามกับรอยโรคจะอ่อนแรงและชา ซึ่งขามักจะอ่อนแรงมากกว่าแขนและมือ ผู้ป่วยบางราย อาจขยับแขนขาไม่ได้ เมื่อมีผู้อื่นบอกให้ทำแต่จะขยับเองตามสัญชาตญาณหรือความเคยชิน ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือแสดงพฤติกรรมตามที่ตั้งใจนั้นไม่ได้ (วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, 2558)

2. หลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle Cerebral Artery : MCA) แขนงของหลอดเลือดในส่วนนี้ลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองในส่วนหลังของ Frontal lobe, Parietal lobes และ Temporal lobes เมื่อหลอดเลือดสมองส่วนกลางตีบหรืออุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการชาและอ่อนแรง บริเวณใบหน้าและแขนด้านตรงข้ามกับรอยโรค ส่วนขาอาจพบอาการอ่อนแรงน้อยกว่าแขน นอกจากนี้ยังพบลานสายตาบกพร่อง (Visual loss) มักตากรอกไปด้านตรงข้าม มีความบกพร่องด้านภาษาเกี่ยวกับความเข้าใจและการสื่อภาษา (Global aphasia) อ่านหรือเขียนหนังสือไม่คล่อง การคิดคำนวณตัวเลขได้น้อยลง (Disorientation) เพิกเฉยต่อสิ่งกระตุ้นซึ่งอาจมีผลกระทบต่อกรกลืนอาหารของผู้ป่วย อาจมีภาวะกลืนลำบาก (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

3. หลอดเลือดแดงส่วนหลัง (Posterior circulation) ซึ่งประกอบด้วยระบบหลอดเลือดแดง 3 ส่วน ได้แก่ Posterior cerebral artery, Posterior circulation-inferior cerebral artery และ Vertebral-basilar system ทำหน้าที่ในการเลี้ยงสมองในส่วนหลัง Occipital lobe เมื่อหลอดเลือดแดงส่วนหลังนี้เกิดอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสีย การรับรู้ความรู้สึก ลานสายตาผิดปกติ อาจพบตาบอด เสียการทรงตัว เดินเซ อาการพูดลำบากและกลืนลำบาก เมื่อรับประทานอาหารและน้ำอาจเกิดอาการสำลักได้ (วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, 2558)

4. หลอดเลือดแดงแคโรติด้านใน (Internal carotid artery) เมื่อหลอดเลือดแดง แคโรติด้านในอุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนและขาข้างตรงข้ามกับรอยโรค สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (Sensory deficits) ตาบอดครึ่งซีก (Hemianopia) การมองเห็นลดลง (Visual blurring) หากเป็นสมองด้าน Dominant จะทำให้การรับรู้และความเข้าใจภาษาลดลง (Aphasia) อาการเฉพาะที่ ขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพและเสียหายที่ไป เช่น ผู้ป่วยที่สมองบริเวณก้านสมองขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการขาใบหน้า แขน ขา ซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงหรือทั้ง 2 ข้าง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือรู้สึกชา ลูกตาเคลื่อนไหวผิดปกติ ตามัว มองไม่เห็นเฉียบพลัน มองเห็นภาพซ้อน หรือเกิดอาการคล้ายมีม่านมาบังตา กล้ามเนื้อปากและคอหอยอ่อนแรง มีน้ำลายไหลจากมุมปาก กลืนลำบาก พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ มีเสียงอื้อในหู คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนผู้ป่วยที่สมองซีกขวาขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายซีกซ้ายลดลง มีปัญหาในการมองเห็น การกะระยะและตำแหน่งผิดพลาด และมีปัญหาทางด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยที่สมองซีกซ้ายขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวาลดลง การสื่อภาษาผิดปกติ (Aphasia) ส่วนในรายที่ผู้ป่วยมีสมองน้อยขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการทรงตัว ทำให้ทรงตัวไม่ได้ เดินเซหรือเอียง กล้ามเนื้อแขนหรือขาในซีกเดียวกันนั้นทำหน้าที่ไม่ประสานงานกัน เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนและผู้ป่วยที่สมองส่วนฐานกะโหลก (Vertebro basilar) ขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเช่นเดียวกับส่วนก้านสมองและสมองน้อยเสียหายที่ เช่น เวียนศีรษะ เดินเซ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ทำงานบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกลืนลำบาก (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง อาการทั่วไปอาจไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเจาะจง อาการทั่วไปที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดสมอง อาการจะเกิดขึ้นช้า ๆ การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ในผู้ที่สมองขาดเลือดจากการอุดตันของหลอดเลือด อาการอาจเกิดขึ้นเร็วจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันอาจมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางสมอง และผู้ที่มีหลอดเลือดสมองแตก อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าเลือดออกเพิ่มเรื่อย ๆ อาการจะรุนแรงขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเสียชีวิตได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สรุปได้ว่า อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายนั้นมีอาการและความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป ตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง และตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นผู้ป่วยแต่ละคนจึงมีอาการและการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มักจะก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่หรือมีการบกพร่องในการทำหน้าที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย สามารถจำแนกออกเป็นรายด้านที่สำคัญ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การเกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว และเกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญ คือ

1.1 ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ซึ่งประกอบด้วยสมองและไขสันหลัง ซึ่งภายในสมองและไขสันหลังจะประกอบไปด้วยเซลล์ประสาทสั่งการ (Motor neuron) ส่งกระแสประสาทไปยังอวัยวะเป้าหมาย (Motor nerve) เพื่อสั่งการให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองจึงไม่สามารถสั่งการไปยังกล้ามเนื้อให้มีการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ เกิดภาวะอัมพาตของแขนขาและทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งหรือยืนเพื่อทรงตัวได้ตามปกติ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ซึ่งถ้ากล้ามเนื้อมีการตึงมากเกินไปผู้ป่วยจะเกิดภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spastic) ส่วนผู้ป่วยบางคนมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (Flaccid) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Cifu, 2016) จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือทำได้ การเคลื่อนไหวที่ลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก ทำให้ความสามารถของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันนั้นลดลง หรือทำไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว ลุกนั่ง ลุกยืน การเคลื่อนย้ายตัว การเดิน เป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนต่าง ๆ ได้ (National Stroke Association, 2016)

1.2 ความสามารถทางด้านความคิดและความจำ (Perception and cognition) สมองในส่วน Frontal lobe และ Parietal lobe ทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด ความจำ โดยเฉพาะในรายที่เนื้อสมองซีกซ้ายมีการถูกทำลายมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะมีความคิดความจำบกพร่อง การตอบสนองต่อการรับรู้ลดลง (Stroke Association, 2015) บางรายอาจมีภาวะหลงลืมร่างกายครึ่งซีก (Neglect) ส่งผลให้การรู้คิดและการตัดสินใจลดลงด้วย (American Stroke Association, 2015)

1.3 ภาวะกลืนลำบาก พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 40-67 จะมีปัญหาเรื่องอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ซึ่งระบบประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการกลืนประกอบกันหลายส่วน ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองมากมีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงของการกลืนลำบากได้มากยิ่งขึ้น โดยตำแหน่งของสมองที่ควบคุมการกลืนที่สำคัญได้แก่ สมองส่วนเนื้อก้านสมอง Motor cortex, Hypothalamus, Limbic, Cerebellum รวมถึง Pons ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการกลืน และเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve) ที่ควบคุมการกลืน (Hinchev et al., 2005; NSA, 2006) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมองใหญ่ (Cerebral) สมองเล็ก (Cerebellar) และแกนสมอง (Brain stem) การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืนอาหาร พบได้ ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการไอขณะรับประทานหรือดื่มน้ำใช้เวลาในการรับประทานอาหารที่ยาวนานมากขึ้น มีเสียงเปลี่ยน มีเศษอาหารค้างอยู่ในปาก และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลัก ปอดอักเสบ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัวช้า และการเสียชีวิตได้ (Stroke Association, 2015)

1.4 การขับถ่าย ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระบบประสาทที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระอ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ ทำให้การกลืนปัสสาวะได้น้อยลง มีปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนหน้าหรือซีกสมองทั้ง 2 ข้าง และรอยโรคที่เปลือกสมองจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งกลไกในการขับถ่ายปัสสาวะได้ แม้ว่าจะมีความรู้สึกและพยายามที่จะควบคุมไว้ ซึ่งเรียกว่า การกลืนปัสสาวะไม่ได้ รวมถึงมีปัญหาในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกความต้องการในการขับถ่ายปัสสาวะได้ (วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, 2558; Whitford, Hickey, 2005) จากความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะในภายหลัง (National Stroke Association, 2016) หรือการมีอุจจาระอัดแน่น มีอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และผู้ป่วยส่วนมากจะมีปัญหาท้องผูกปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดท้องผูก คือ ปริมาณและชนิดของอาหาร และน้ำที่ได้รับโดยเฉพาะใน 2-3 วันแรกของการเกิดโรคผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปากเลย หรือได้รับน้อยมาก ที่ทำให้ลำไส้ว่างกลไก ควบคุมการขับถ่ายจึงอาจจะลดลง ในเวลาต่อมาจึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรงและอุจจาระอัดแน่น การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ดื่มน้ำน้อย การใช้ยาบางอย่าง ที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก จากการศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะท้องผูกสูงถึงร้อยละ 60 (Robain, Chenneville, Petit, & Piera, 2002)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่นั้นพบว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวา (Dominant hemispheric lesion) มักมีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกซ้าย ซึ่งสมองซีกซ้าย

ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ความคิด ความจำและการสื่อสาร (American Stroke Association, 2015) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดั้งเดิม ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพยายามแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นความโกรธ สูญเสียคุณค่าในตัวเอง (Low self esteem) จนทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงขาดความเชื่อมั่นในการทำกิจวัตรประจำวัน หากผู้ป่วยรายใดเกิดภาวะเหล่านี้รุนแรงมากขึ้นอาจเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาภาวะซึมเศร้า (Post stroke depression) ผู้ป่วยจะมียารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถ้าซึมเศร้ารุนแรงอาจคิดฆ่าตัวตายได้จากภาวะซึมเศร้า (American Stroke Association, 2015) ซึ่งภายหลังจากการเจ็บป่วยภาวะซึมเศรานั้นจะไปขัดขวางการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดภายหลังความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามความต้องการ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (National Stroke Association, 2016)

3. ผลกระทบด้านครอบครัว

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อดูแลผู้ป่วย และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย เกิดผลกระทบกับผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาสำคัญที่พบได้แก่ ผู้ดูแลอ่อนเพลีย มีความเหน็ดเหนื่อย ภาวะสุขภาพทรุดโทรมลง ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดความเครียด พบสูงถึงร้อยละ 58 (อรุณี ชุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานันท์, โรชินีอุปรา, และ สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) เกิดความรู้สึกหดหู่วิตกกังวลใจ โดยพบสูงในช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตามมา (Niyomthai, Tonmukayakul, Wonghongkul, Panya, & Chanprasit, 2010)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (Poole, Reeve, & Warburton, 2002) การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมด ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้สูญเสียรายได้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีการจ้างผู้ดูแล ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวตามมา (อภันตรี บัวเหลือง, 2553)

การเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เช่น ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (ชูลีกร ทาทอง, 2550)

สรุปได้ว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน การเคลื่อนไหว ทำให้ช่วยเหลือตนเองในการทากิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จนเกิดเป็น ความเครียด ความคับข้องใจ และซึมเศร้าได้ ภายหลังจากการเจ็บป่วยครอบครัวต้องเข้ามาดูแล ผู้ป่วย ต้องมีผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลจึงไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ต้องลาออกจาก งาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติต้อง รับภาระในการรักษาฟื้นฟูสภาพที่สูงขึ้นเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศได้

2. การฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมอง

ในขณะนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้การฟื้นตัวของสมองน้อยลง ในบางรายอาจ เสียชีวิตได้ในระยะนี้ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สุมาลี ช่อธนาพร, 2552)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพของสถาบันสิรินธรเพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสำคัญ ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของ สมองและกล้ามเนื้อ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่ซ้ำซ้อนและถาวร ทำให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดูแลในการฟื้นฟูสภาพนั้นเน้นการทำงานเป็นทีมของบุคลากร การฟื้นฟูสภาพนั้นจะมุ่งไปที่การแก้ปัญหาในข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Activity and functional limitation) การทำกิจวัตรประจำวัน บุคลิกภาพและสภาพจิตใจ (Personality and psychology) พฤติกรรมทางสังคม (Social behavior) และการสื่อความหมาย (Communication) (เฟื่องฟ้า ฤทธาคนี, 2552) สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้มีการ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ แบบประเมิน (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center Functional Assessment: SNMRC Assessment) โดยมีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ก่อนการตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ 1) ความสามารถในการพลิกตัวบนเตียง (Bed mobility) 2) การย้ายตัวจากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่ง (Transfer mobility) 3) การเคลื่อนตัวเองไปต่างสถานที่ (Ambulation) 4) ความสามารถในการทรง ตัว (Balance) และการประเมินความสามารถด้านต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ความจำความเข้าใจ ภาษา การพูด การตัดสินใจ การกลืน การมองเห็น การได้ยิน อารมณ์ เป็นต้น

1. ระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute phase) สามารถทำได้ทันทีถ้าผู้ป่วยมีอาการคงที่ ภายในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยมีชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หอบเหนื่อย ซึมลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากยิ่งขึ้น ให้งดการฟื้นฟูสภาพชั่วคราว (สถาบันประสาทวิทยา, 2565) ซึ่งแนวทางการฟื้นฟูสภาพระยะนี้จะเน้นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยของข้อ (Passive range of motion) ป้องกันข้อยึดติด โดยทำในแขนขาข้างที่อ่อนแรง อย่างน้อยวันละ 2 รอบ การจัดทำนอนให้เหมาะสม และการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (Adams et al., 2003) เพื่อเป็นการป้องกันแผลกดทับ โดยมีหลักในการป้องกันแรงกดทับในตำแหน่งของปุ่มกระดูก นอกจากจะลดโอกาสเกิดแผลกดทับ ยังสามารถช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ (สุมาลี ชื่อธนาพรกุล, 2552) การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis : DVT) โดยการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Kumar, Selim, & Caplan, 2010) การดูแลทางด้านสารน้ำและสารอาหาร ซึ่งผู้ป่วยอาจมีปัญหากลืนลำบาก และสำลักอาหารได้ง่าย จึงควรมีการประเมินการกลืนในผู้ป่วยก่อน การเริ่มให้อาหาร หากไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยอาจดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง (American Stroke Association, 2015)

2. ระยะฟื้นตัว การฟื้นฟูสภาพโดยเฉพาะ เน้นการฟื้นฟูสภาพให้ตรงกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยการประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพของแต่ละบุคคล การฟื้นฟูสภาพหลายรูปแบบ โดยการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองที่บ้าน การมารับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นระยะ การเข้ารับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

3. ระยะทรงตัว การฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตภายหลังการออกจากโรงพยาบาล เป็นการเริ่มต้นการดำเนินชีวิตในสังคม ของบุคคลภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยควรเข้ารับการติดตามการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านั้นคงความสามารถที่มี และมีความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

การฟื้นฟูสภาพที่ดีในระยะยาวต้องอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ ร่วมกันจึงจะประสบผลสำเร็จ ซึ่งผู้ป่วยบางรายหลงเหลือความพิการต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นครอบครัวเปรียบเสมือนทุกอย่างที่จะช่วยเยียวยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพประสบความสำเร็จและเกิดผลดีกับผู้ป่วยในระยะยาว (นิรมล ปั้นลายนาถ, 2558) โดยการฟื้นฟูสภาพนั้นสามารถปรับเปลี่ยนไปตามปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยในแต่ละราย ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองที่รุนแรงหลงเหลือความพิการมาก การฟื้นฟูสภาพอาจเป็นไปได้ยากกว่าผู้ที่ความรุนแรงของโรคน้อย รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพก็มีความสำคัญ เช่น

อาการปวดไหล่ มีแผลกดทับ มีอาการเกร็งของแขนขา หรือข้อติดแข็ง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ช้าและยากลำบาก ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และ สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552)

การฟื้นฟูสภาพของสมองโดยธรรมชาติ (Spontaneous recovery) เมื่อสมองได้รับบาดเจ็บหรือเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์และเนื้อเยื่อประสาทภายในสมองในระยะเฉียบพลันสมองจะมีการฟื้นตัวตามธรรมชาติ ซึ่งการฟื้นตัวของสมองนั้นไม่ได้เกิดบริเวณที่ขาดเลือดหรือมีพยาธิสภาพโดยตรง แต่จะมีการซ่อมแซมจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณโดยรอบของสมอง ซึ่งเป็นลักษณะที่มีความพิเศษเฉพาะที่แตกต่างจากเนื้อเยื่อในร่างกายส่วนอื่น ๆ (กฤษณา พิวเวช, 2553) และการฟื้นตัวของสมองจะมีการทำหน้าที่เชื่อมโยงกับสมองในส่วนอื่น ๆ สมองในบางส่วนที่อยู่ใกล้เคียงจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ชดเชยการทำงานของสมองในส่วนที่ได้รับอันตราย ถึงแม้จะไม่ได้ทำหน้าที่เทียบเท่าเดิมก็ตาม ซึ่งกลไกนี้เกิดจากการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงเซลล์ประสาทเพิ่มมากขึ้น สมองมีการยุบวม หรือบริเวณหลอดเลือดสมองที่แตกเลือดออกน้อยลง เป็นต้น (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และ ดารณี สุวพันธ์, 2551) การฟื้นตัวของเซลล์สมองและประสาทเกิดขึ้นตั้งแต่ 2-3 วันแรก ภายหลังการเกิดพยาธิสภาพ และการฟื้นตัวจะเกิดได้ยาวนานไปจนถึง 4 เดือน (วิยะดา ศักดิ์ศรี และ สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552)

การฟื้นตัวที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบประสาท (Brain reorganization) ซึ่งการฟื้นตัวในส่วนนี้เกิดจากการที่เซลล์สมองได้รับการกระตุ้นทำให้มีการงอกเพิ่มขึ้นของแขนงในเซลล์ประสาท จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างภายในเซลล์ประสาทใกล้เคียงและเซลล์ประสาทที่ไกลออกไปจากส่วนที่มีพยาธิสภาพซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า Brain plasticity กระบวนการนี้จะได้รับการพัฒนาจากการเรียนรู้และได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ (Schaechter, 2004) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง การพยายามใช้งานแขนขาในส่วนที่อ่อนแรงจะสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้เกิดการฟื้นตัวที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบประสาทได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Randolph, 2003)

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) 6 เดือนแรกหลังพ้นระยะวิกฤต

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) มีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ร่วมกับมีความบกพร่องหลายประการ (Multiple impairments) ผู้ป่วยระยะกลางด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จึงจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6

เดือน แบบไว้รอยต่อตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ชุมชน ทั้งการดูแลทางการแพทย์ และการดูแลทางสังคม

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) มุ่งเน้น 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury) บาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) โดยในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงความหมายในการดูแลระยะกลาง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เพราะมีการอุดตันของเส้นเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้สมองขาดเลือด อยู่ในภาวะที่ทำงานไม่ได้ กลายเป็น "โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน" ผู้ป่วยจะมีอาการบกร่องหรือพิการต่าง ๆ เกิดขึ้นกับร่างกาย อาการบกร่องพิการเหล่านี้บางอย่างอาจจะฟื้นฟูให้กลับมาสู่สภาพเดิมได้ยาก และผู้ป่วยกว่า 2 ใน 3 จะมีอาการบกร่องพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวไปตลอดชีวิต ดังนั้น ระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษา โรคหลอดเลือดสมอง จะต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูควบคู่กันไปด้วย เพื่อไม่ให้มีอาการบกร่องพิการทรุดหนักไปมากกว่านั้น การบำบัดรักษาอาการบกร่องพิการนี้เรียกว่า "เวชศาสตร์ฟื้นฟู" ซึ่งนอกจากจะหมายถึง การฟื้นฟูอาการแขนขาอ่อนแรงจากการเป็นอัมพาตอัมพฤกษ์แล้ว ยังรวมถึงการฝึกฝนเพื่อบำบัดรักษาอาการบกร่องต่าง ๆ เช่น การพูด การกลืนกินอาหาร และอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามเดิม เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ "ระยะเฉียบพลัน" "ระยะฟื้นฟูตัว" และ "ระยะทรงตัว" ซึ่งทั้ง 3 ระยะจะมีเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน โดยการดูแลจะมีทั้งการฝึกบริหารร่างกายในส่วนที่ได้รับผลกระทบจากโรค

กลไกการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกาย

รูปแบบของการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อจะเริ่มจากการฟื้นตัวในส่วนต้นของกล้ามเนื้อไปยังส่วนปลาย (Proximal to distal recovery) ซึ่งการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเกิดพยาธิสภาพในสมอง ในระยะแรกจะมีการฟื้นตัวแบบแยกส่วน (Flagmented synergistic motor pattern) ซึ่งการขยับของไหล่เป็นกล้ามเนื้อในกลุ่มแรกที่มีการฟื้นตัว หลังจากนั้นจะมีการฟื้นตัวแบบประสานงานกันของกล้ามเนื้อทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยสามารถงอ (Flexion) เหยียด (Extension) ไหล่ ข้อศอกและข้อมือ (Mass synergistic flexion and extension) หลังจากนั้นจะมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวแบบอิสระของข้อมือและนิ้วมือ (Isolated movement) โดยปกติจะพบว่ากล้ามเนื้อแขนจะอ่อนแรงมากกว่าขา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพที่บริเวณหลอดเลือด Middle cerebral artery ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของแขน จึงพบว่าผู้ป่วยจะสามารถฟื้นตัวกล้ามเนื้อบริเวณขาได้มากกว่า การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่การทำงานของกล้ามเนื้อสามารถฟื้นตัวได้เร็วสัมพันธ์กับการไหลเวียนของเลือดที่สามารถกลับสู่ปกติ

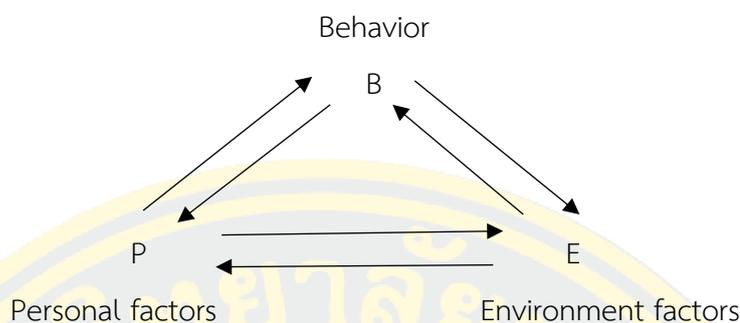
บริเวณรอบ ๆ ของสมองที่มีพยาธิสภาพได้เร็วยิ่งขึ้น (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และ ดารณี สุวพันธ์, 2551)

ระบบประสาทมีส่วนสำคัญในการเคลื่อนไหวร่างกาย หากระบบประสาททำงานผิดปกติ หรือไม่สามารทำงานได้จะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไป หรือไม่สามารเคลื่อนไหวร่างกายได้เลย การเคลื่อนไหวร่างกายจะอาศัยการทำงานประสานกันของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ สมองและไขสันหลัง ทำหน้าที่ในการควบคุมอวัยวะภายในร่างกายทำให้เกิดการเคลื่อนไหวภายใต้ อำนาจจิตใจ (Voluntary contraction) ควบคุมการตอบสนองแบบอัตโนมัติ (Spinal reflex) ทำหน้าที่ในการบันทึกความทรงจำเกี่ยวกับการเรียนรู้และการเคลื่อนไหว และระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งจะประกอบไปด้วยระบบประสาทสั่งการ และระบบประสาทรับความรู้สึกจะรับสัญญาณ กระแสประสาทจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระตุ้น และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและไขสันหลัง ซึ่งระบบประสาทในการสั่งการจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ระบบประสาทในการควบคุมกล้ามเนื้อลาย (Somatic nervous system) และระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ซึ่งระบบประสาทสั่งการจะควบคุมการเคลื่อนไหวทั่วทั้งร่างกาย (พรัชนี วีระพงศ์, 2554) เมื่อผู้ป่วยภายหลังการเกิดพยาธิสภาพที่สมองทำให้กลไกต่าง ๆ เหล่านี้ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายเสียไป ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Boonyoung, Paungmali, & Pichaiya, 2006)

สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีเป้าหมายเพื่อลด และป้องกันการเกิดความพิการที่รุนแรง ฟื้นฟูกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) Bandura (1977) เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดาได้พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปจาก ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว Bandura (1977) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถในการทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายและมองว่าตนสามารถก้าวข้ามความยากลำบาก ในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์เฉพาะ ซึ่งต้องอาศัย 3 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) สิ่งแวดล้อม (Environment factors) พฤติกรรม (Behavior) ซึ่งอิทธิพลของแต่ละปัจจัยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ซึ่ง Bandura ได้แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังภาพ



ภาพที่ 2 การแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และ ส่วนบุคคล (C) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

(Bandura, 1977)

สาเหตุหรือปัจจัยในการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง

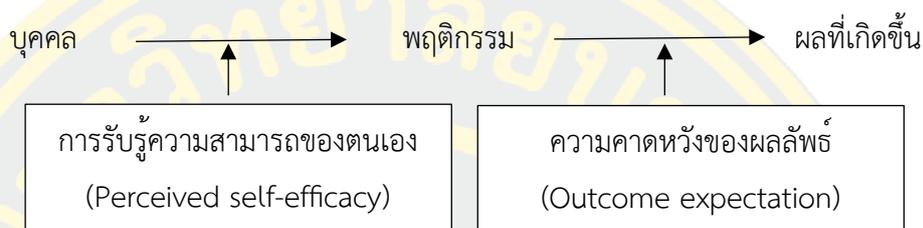
Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนด้วยสิ่งแวดล้อมอย่างเดียว จะต้องมียปัจจัย 3 ปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor = P)
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B)
3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environment contion = E)

ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างไร หนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคล และ E คือองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่า ทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) 2) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) 3) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ในระยะแรกปีค.ศ. 1977 Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาปีค.ศ. 1986 ได้ใช้คำว่ารับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-

efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จากแนวคิดดังกล่าว Bandura ได้พัฒนาและทดสอบ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติ ดังภาพ



ภาพที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)

องค์ประกอบของแนวคิด

องค์ประกอบของแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรูสึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม
2. ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม แสดงดังภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

	สูง	ต่ำ
สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)

สาเหตุหรือปัจจัยในการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura ได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองรวม 4 วิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Easective thattery experienced) ซึ่งเป็นแหล่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเมื่อเคยมีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนเป็นประสบการณ์ตรงทำให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถทำได้ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตัวอยู่ในระดับสูงและหากบุคคลมีประสบการณ์ที่ล้มเหลวก็จะมีรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระดับต่ำด้วยนั่นเอง หากบุคคลเคยมีประสบการณ์ที่ได้รับ ความคาดหวังว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้อีกครั้ง แต่เมื่อเกิดความล้มเหลวจะทำให้เกิดความย่อท้อตั้งได้ง่ายด้วยเช่นกัน การที่บุคคลทั้งประสบการณ์ ที่เคยประสบความสำเร็จและล้มเหลวจะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ยืดหยุ่น ซึ่งจะช่วยให้เป็นแรงผลักดันในการเอาชนะต่ออุปสรรคความยุ่งยาก และความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลแสวงหาคคุณค่าของเป้าหมายและเรียนรู้ที่จะสร้างเสริมความสามารถของ ตนเอง เพื่อที่จะประสบความสำเร็จให้ได้อีกครั้ง

2. ประสบการณ์จากความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) การได้เป็นประสบการณ์ของบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ (Model) มีผลให้บุคคล มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น เป็นการเปรียบเทียบการกระทำแบบเดียวกันหรือใกล้เคียง มีผลให้บุคคลเรียนรู้ทักษะหรือพฤติกรรมจากบุคคลอื่น เพื่อที่จะประสบความสำเร็จเช่นนั้นบ้าง แต่ถ้าประสบการณ์ ของบุคคลอื่นมีผลที่ไม่น่าพึงพอใจ บุคคลก็จะเรียนรู้ที่จะไม่ปฏิบัติหรือยุติการกระทำพฤติกรรมแบบเดียวกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Virtual panation) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้การถูกชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูดทำให้บุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองมี

ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ กระตุ้นให้บุคคลใช้ความพรวรานในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สามารถทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เปลี่ยนแปลงได้ และเพื่อให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้น ผู้ช้กจึงควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ของความสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน การช้กจึงด้วยคำพูด เช่น การกล่าวยกย่องชมเชย สามารถทำได้ง่าย แต่ผลของการช้กจึงมีน้อย จึงควรกระทำร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเอง แหล่งอื่น

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองจากการประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ กล่าวคือ ไม่ว่าจะมีสภาวะ ทางอารมณ์ในทางบวกหรือลบ หรือในสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น การที่บุคคล ถูกข่มขู่จนเกิดความกลัว หรือมีความเครียดสูง ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง หรือการที่สภาวะร่างกายในภาวะที่บุคคลเห็นป่วยการรับรู้ความสามารถของตนเองจะลง การรับรู้ความสามารถของตนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การแยกกำลังกาย การจัดการความเครียด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า สามารถทำงานให้ สำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจที่จะตามมาจากการกระทำ นั้นช่วยให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นดีขึ้น การรับรู้ทักษะและความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้กับบุคคลเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมนั้นดีขึ้น การแสดงความสามารถตนเองและทักษะในการ ปฏิบัติพฤติกรรมจนช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ตามเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่มีทักษะดังกล่าว (Pender, 2001) การรับรู้ในความสามารถ ของตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ บุคคลที่มี การรับรู้ความสามารถของของตนเองต่ำมักไม่เต็มใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้เช่นกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย คือ

1. อุปสรรคและการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะช่วยให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี เมื่อมีสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมเช่น แหล่ง สนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ บุคคลเหล่านั้นอาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้เพราะขาดแรงจูงใจ อาจ กล่าวได้ว่า เมื่อเกิดอุปสรรคหรือความไม่พร้อม บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรม ทักษะต่าง ๆ ที่บุคคล มีก็ถูกขัดขวาง ใจกายนอกได้ด้วย

2. ผลของการตัดสินใจที่ผิดพลาดการตัดสินใจที่ผิดพลาด มีผลต่อการ รับรู้ความสามารถของตนเองอย่างแท้จริง การประเมินผลจากการกระทำที่ผิดพลาด ก็จะทำให้ บุคคลรู้สึกที่ไม่คุ้มค่าที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

3. ความไม่สอดคล้องกันชั่วคราว การใช้เวลาในการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัย ที่มีผลต่อความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติ พฤติกรรมความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลเกิดประสบการณ์ สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถทำนายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้

4. การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผิด เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมอย่างละเอียดในเรื่องความคิด และมีความสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ เขาก็จะไม่ปฏิบัติกรรมนั้น ๆ

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยได้สำเร็จโดยการพิจารณาตัดสินใจ ความสามารถของตนเองโดยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์จากการกระทำ ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด และ สถานะทางอารมณ์ และสรีระ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการเชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของบุคคล เมื่อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายามหรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก

โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำหลักสมมติฐานของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติ คือ เชื่อว่าถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ว่าตนเองจะสามารถฟื้นตัวจากอาการป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ไม่ต้องเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการผู้ให้ความสนใจและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้
 คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาหรือเธอได้รับการห่วงใยและเป็นที่รัก เป็นที่ต้องการและมีคุณค่า หรือกระทั่งเขาหรือเธอนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในการสื่อสารกันและมีพันธะร่วมกัน

เฮ้าส์ (House, 1981) อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional concern) ถือเป็นด้านที่สำคัญที่สุดของการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ความรัก และการเชื่อใจ ซึ่งสามารถแปลงเป็นความหมายในเชิงการกระทำได้ เช่น การให้ความเคารพส่วนบุคคล มิตรภาพ การรับฟัง การแสดงความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ
2. ด้านสิ่งของ (Instrumental aid) รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลได้รับตามความต้องการของเขา เช่น ช่วยในการทำงาน บริการ จ่ายเงินให้ เป็นต้น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึงการให้ข้อมูลที่จะช่วยจัดการปัญหาทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้
4. ด้านการประเมิน (Appraisal) เป็นลักษณะหนึ่งของข้อมูลที่จะช่วยในการสะท้อนความคิดของอีกฝ่ายได้

ชูเมคเกอร์และบราวน์เนล (Shumaker & Brownell, 1984) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างคนสองคนโดยซึ่งมีการรับรู้โดยผู้ให้ หรือผู้รับ เพื่อตั้งใจให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้รับ

แอนโตนูชชี (Antonucci, 1985) กล่าวว่า การให้ การได้รับและการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนต่อกัน มีความหมายโดยทั่วไปถึงรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง

การสนับสนุนทางสังคมอาจมีความหมายถึงการสนับสนุนที่เข้าถึงบุคคลผ่านทางพันธะทางสังคมสู่บุคคลอื่น กลุ่ม หรือชุมชนที่ใหญ่ขึ้น (Lin et al., 1979)

ทอมป์สันและกูดวิน (Thompson & Goodvin, 2006) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ในสังคมที่ให้ ทรัพยากรทางด้าน วัสดุและด้านปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีคุณค่าแก่ผู้ได้รับ เช่นการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลหรือบริการ การช่วยแบ่งเบาภาระงาน หรือการสอนงาน

โลเปซและคูเปอร์ (López & Cooper, 2011) ยังได้สรุปประเภทของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ มักรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ (เช่น ความห่วงใย

เห็นใจ ความรัก การเชื่อใจ) การสนับสนุนด้านข้อมูล (เช่น การแนะนำ ให้ข่าวสาร) และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (เช่น ช่วยเหลืองาน สอนงาน) ซึ่งช่วยให้ผู้รับสามารถปรับตัวกับความเครียดในชีวิตและสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม

ฮัปซี่ (Hupcey, 1998) ได้สรุปแนวทางในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 แนวทางจากการศึกษาข้อมูล ดังนี้

- แนวทางที่ 1 ศึกษารูปแบบการให้การสนับสนุน
- แนวทางที่ 2 ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนของผู้รับ
- แนวทางที่ 3 ศึกษาความตั้งใจหรือพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุน
- แนวทางที่ 4 ศึกษาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- แนวทางที่ 5 ศึกษาเครือข่ายทางสังคม

บาเรอรา (Bererra, 1986) ได้แบ่งลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปได้ 3 แนวคิด ดังนี้

1. การติดต่องานทางสังคม (Social connectedness or social embeddedness) หมายถึง คุณภาพและปริมาณของพันธะทางสังคมหรือปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกันกับบุคคลอื่น นั้นรวมถึงความสัมพันธ์ทางสังคมแบบทั้งที่เป็นทางการ (ที่ปรึกษา อาจารย์ หัวหน้า) และแบบที่ไม่เป็นทางการ (สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน)
2. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support) หมายถึง การรับรู้ได้ถึง การสนับสนุนที่ช่วยเหลือและลดผลลัพธ์จากความเครียด การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมนี้ รูปแบบอาจต่างไปขึ้นกับสิ่งที่สนใจจะวัดในผู้รับว่าการสนับสนุนนั้นได้รับ (availability) หรือมีเพียงพอ (adequacy) หรือไม่
3. การสนับสนุนทางสังคมตามจริง (Actual or enacted social support) แตกต่างจากการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยที่การวัดการสนับสนุนทางสังคมตามจริงจะมุ่งเน้นที่การรายงานผลจากบุคคลในการสนับสนุนที่เขาได้รับจริง ๆ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือทางอารมณ์และการช่วยเหลือทางวัสดุอุปกรณ์ด้วย

ซาราซัน, ซาราซัน, พอตเตอร์, และแอนโทนี (Sarason, Sarason, Potter, & Antoni, 1985) ได้กล่าวถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น

ทาร์ดี (Tardy, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 5 มิติ ดังนี้ :
ทิศทางของการสนับสนุนทางสังคม (การเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือการเป็นผู้รับการสนับสนุน)
การจัดการการสนับสนุนทางสังคม (ความพร้อมในการสนับสนุน : การใช้งานการสนับสนุน)

การอธิบายความหมายของการสนับสนุนต่อความพึงพอใจจากการสนับสนุนที่มี เนื้อหาของการสนับสนุน (ชนิดหรือประเภทของการสนับสนุน) และเครือข่ายทางสังคม (หมายถึงในระบบสังคมที่มีการสนับสนุนเกิดขึ้น)

แหล่งของการสนับสนุนจากสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ทำให้การการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จากครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายได้
3. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา (Religion organization) เป็นแหล่งของการสนับสนุนที่เก่าแก่ดั้งเดิมในชุมชน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health profession support) เป็นแหล่งการสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน ไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอาชีพอื่น ๆ (Voluntary service groups and mutual health groups) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

เทลเลอร์ (Taylor, 2011) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถมาได้จากหลายแหล่ง ซึ่งรวมถึง (แต่ไม่ได้จำกัดเฉพาะ) ครอบครัว เพื่อน คนรัก สัตว์เลี้ยง ความผูกพันทางสังคม และเพื่อนร่วมงาน

ภิกษุ เสริมสัย (2554) สรุปแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างการเป็นสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ซึ่งแรงสนับสนุนจากกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่ได้วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้ ไวส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 รูปแบบ ซึ่งได้รับการจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทั้งหกรูปแบบนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว ดังนี้

1. ความใกล้ชิด (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่
2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้บุคคลไม่รู้สึกแยกจากสังคม
3. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
4. การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่ได้รับความรักจากผู้อื่นรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น
5. ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) หมายถึงการสนับสนุนทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง
6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับการรับรองและการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำให้คำปรึกษาการให้ข้อเท็จจริง เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเงินและบริการที่จำเป็น

คาห์น (Khan, 1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ในรูปแบบของความผูกพัน การยอมรับ หรือความรัก
2. การยอมรับกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วยการยอมรับในความถูกต้องทั้งทางการกระทำและทางความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลอื่น

ก๊อทลิป (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้ ร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนกลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือ ด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง
3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาดจำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

สรุปแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากสังคมในหลากหลายรูปแบบ ทั้งด้านอารมณ์ ความรัก ความเอาใจใส่ ด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องและจำเป็น รวมถึงการได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในฐานะสมาชิกของสังคม การสนับสนุนดังกล่าวอาจมาในรูปแบบของการช่วยเหลือ การจัดหาวัสดุสิ่งของ การให้แรงงาน หรือการสละเวลา ซึ่งมักมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ไปจนถึงกลุ่มคนในชุมชนและเครือข่ายทางสังคมอื่น ๆ มีแหล่งสนับสนุน 2 ประเภท โดยแบ่งเป็นกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน และกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายทางสังคม กลุ่มผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสารกัน จากการทบทวนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมดัง ที่กล่าวมาแล้วนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นผลดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความเข้มแข็งในระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคลและชุมชน

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมีทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ โดยผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้หัวข้อที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental support) มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

งานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ป่วย Stroke มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

วรุณภา ศรีโสภภาพ และคณะ (2560) ศึกษาความสามารถในการทำงานของรยางค์ส่วนบนในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังในชุมชนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 45 ราย โดยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วเฉลี่ย 66.4 ± 53.0 เดือน พบว่าอาสาสมัครมีค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ของคะแนน SWMFT-C-FAS เท่ากับ 1.17 (0.25, 3.25) คะแนน และค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ของระยะเวลาในการทำกิจกรรมเท่ากับ 80.75 (5.10, 120.00) วินาที โดยมีอาสาสมัคร 29 ราย (ร้อยละ 64.4) มีค่าคะแนน SWMFT-C-FAS น้อยกว่า 3 คะแนน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มากกว่าร้อยละ 50 มีความสามารถในการทำงานของรยางค์ส่วนบนข้างอัมพาตลดลง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการฟื้นฟูรยางค์ส่วนบนอย่างต่อเนื่องหลังจากถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของรยางค์ส่วนบน

ผกามาศ พิริยะประสาธน์ และคณะ (2561) ศึกษาผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว (มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 9 ราย ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้รับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน 1 ครั้ง และฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้รับการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวโดยใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) ประเมินความเร็วในการเดินโดยใช้ 5 meter walk test (5 MWT) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจเข้าและออก โดยใช้ respiratory pressure meter และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthe (Index ทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเคลื่อนไหวแขนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ การติดตามที่เวลา 1 เดือนเทียบกับการประเมินก่อนการเริ่มโปรแกรม ($p < 0.05$) แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรอื่น ๆ สรุปผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว ยังมีศักยภาพในการฟื้นตัวที่เพิ่มขึ้นได้หากมีการฝึกการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำ ของนักกายภาพบำบัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน สามารถเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวแขน

เบญจรงค์ ศรีสุระ (2562) ศึกษาการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า 1) กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ

โรคหัวใจรายนี้หลังจากได้รับการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าด้วยตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2) ผลลัพธ์จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้คะแนนจาก 35 คะแนน เป็น 95 คะแนน ร้อยละการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 0.67 เป็นร้อยละ 2.04 สัญญาณชีพค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต 125.46 /77.38 มม.ปรอทและชีพจร 77.54 ครั้ง/นาที จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า หลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดโดยการมีส่วนร่วมระหว่างนักกายภาพบำบัด ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

รัตนพร สายตรี และคณะ (2562) ศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว การดูแล จากผู้ดูแล และปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการสำคัญ อาการนำของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค กำลังกล้ามเนื้อแขนขาหลังการเกิดโรค ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง และควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

พรรณทิพย์ คำภิชัย (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พยุงค์ศักดิ์ สุจิตต์วัฒนศักดิ์ (2563) ศึกษา ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 72 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสภาพระดับดี (Barthel index scale: score \geq 75) จำนวน 50 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสภาพ ระดับปานกลาง (Barthel index scale : score $<$ 75) จำนวน 22 ราย พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษาในระยะหลังจากพ้นวิกฤตภายใน 3 เดือน ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึง

ควรนำมาใช้เป็น วิธีบำบัดเสริม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ร่วมกับการรักษาหลักตามมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ฉวีรณู วงศ์เจริญ และคณะ (2563) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางการรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.74 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 91.67 ในปีพ.ศ. 2560 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับ ADL พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในช่วงเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของคะแนนสูงสุดเท่ากับ 33.33 รองลงมาคือ ระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 จากผลการวิจัยให้ ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูเร็วในช่วงเวลา 3 เดือนแรกจะส่งผลให้ มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้มากที่สุด

สุกัญญา ทองบุผา และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ผล การศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการ ตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงว่าโปรแกรม การจัดการตนเองสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก และพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ ปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และคณะ (2565) ศึกษาจำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผล ต่อ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่ง เฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันจำนวน 283 คน ในพื้นที่โรงพยาบาล บางกล้าจังหวัดสงขลาและ โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่ที่มีความสนใจที่ จะพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ได้แก่ เครือข่าย โรงพยาบาลในจังหวัดลพบุรีและ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 20 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าจำนวน ชั่วโมงกายภาพบำบัด 10 – 15 ชั่วโมง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนน BI อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และผู้ป่วยที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดในจำนวนชั่วโมงดังกล่าวจะมีโอกาสที่ค่าคะแนนของ BI จะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดน้อยกว่า 5 ชั่วโมง คิดเป็น 6.5 เท่า

อุ้นเรื่อน ศรอากาศ, วรรณิ เตียวอิศเรศ และ จินตนา วัชรสิริณัฐ (2565) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล การวิจัยเชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 74 ราย เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟู และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Functional Independent Measure: FIM) ในเกณฑ์ต่ำ (18-35) ถึงระดับปานกลาง (36-53) ทำการเก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเชื่อการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า 1) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง 2) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 3) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสังคม อยู่ในระดับน้อย 4) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .48$, $p < .001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11$, $p > .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38$, $p < .001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64 ($p < .001$)

กฤษติยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจาก 3 อำเภอ ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 266 คน ผลการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาครอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.13 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และระดับน้อย ร้อยละ 6.01 โดยมีปัจจัยระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัวการสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ได้ร้อยละ 74.00 ($R^2 = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงสำคัญมากที่จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสร้างศักยภาพพัฒนาความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อไป

ถกลวรรณ บุญเต็ม (2565) ศึกษาผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางใน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น โดยกลุ่ม MRS 3 และ กลุ่ม MRS 4,5 มีค่าเฉลี่ยคะแนน BI ในเดือนที่ 3 $91.4 (\pm 19.1)$, $70.5 (\pm 26.8)$ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และในกลุ่ม MRS 4,5 มีค่าเฉลี่ยคะแนน BI ในเดือนที่ 6 $76.5 (\pm 28.6)$ เพิ่มขึ้นจากเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่ากระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพต้องใช้ความร่วมมือทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน โดยจัดบริการติดตามเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วย MRS 3 ภายใน 3 เดือน ส่วนผู้ป่วย MRS 4, 5 ควรจัดบริการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 4 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อลดการสูญเสียช่วยกระตุ้นกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด

พัชรียา ขุนจันทร์ และคณะ (2565) ศึกษาผลของการฝึกการทรงตัวขณะยืนและเดินร่วมกับเครื่องเสริมสร้างการก้าวอย่างต่อเนื่องฟื้นฟูการทรงตัวและความเร็วที่เหมาะสมของการเดินในชุมชนอย่างปลอดภัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสะเดา ผลการวิจัยพบว่า ผลของการฝึกการทรงตัวขณะยืนและเดินร่วมกับเครื่องเสริมสร้างการก้าวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการทรงตัว และมีความเร็วที่เหมาะสมของการเดินในชุมชนอย่างปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับมีจำนวนการล้มขณะเดินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สรุปได้ว่า โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย สามารถนำการฝึกการทรงตัวขณะยืนและเดินร่วมกับเครื่องเสริมสร้างการก้าวไปประยุกต์ใช้ในการฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฟื้นฟูการควบคุม การทรงตัว ร่วมกับควบคุมความเร็วที่เหมาะสมของการเดินในชุมชนอย่างปลอดภัยของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดจำนวนการล้มขณะเดินให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุนทรา เลียงเขวงวงศ์ (2566) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 223 คนในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึง

เดือนพฤษภาคม 2564 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 1) ปัจจัยภูมิหลังและภาวะสุขภาพ 2) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ทักษะการฟื้นฟูสภาพ 5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม 6) การทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมและ 7) ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ Stepwise multiple regression analysis ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม คือ ผลกระทบของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการฟื้นฟูสภาพและกำลังกล้ามเนื้อ โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 77 บุคลากรสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้นในการพัฒนา กิจกรรมหรือโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Sonoda et al. (2004) เปรียบเทียบความถี่ในการฟื้นฟูระหว่าง 5 วันต่อสัปดาห์กับ 7 วันต่อสัปดาห์ (Full time integrated treatment: FIT) โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับรูปแบบของการฝึกที่เหมือนกันคือ กายภาพบำบัด 40 นาทีต่อวัน กิจกรรมบำบัด 40 นาทีต่อวัน แก้วไขการพูดตามความจำเป็นโดยไม่กำหนดเวลา พบว่าทั้งสองกลุ่มให้ผลในการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมแต่กลุ่ม FIT จะมีคะแนน จากแบบประเมินความสามารถที่สูงกว่าและมีค่าเฉลี่ยวันนอนที่น้อยกว่าด้วย

Van de Port, Kwakkel, Schepers, and Lindeman (2006) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์ทางการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก ประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 217 คน พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ การมีโรคร่วมที่สำคัญได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรกได้

Jauch (2010) แนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5-7 วัน ต้องได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด อย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้สามารถเพิ่มการฟื้นฟูอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น ฝึกพูดหรือกายอุปกรณ์ให้อยู่ภายใน 3 ชั่วโมงนั้นได้ โดยบุคลากรต้องประเมินผลทุก 2-3 วัน และประชุมทีมทุก 2 สัปดาห์ เพื่อสรุปการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนเป้าหมายการฟื้นฟู

Korpershoek, Bijl, and Hafsteinsdottir (2011) ศึกษาภาวะอัมพาตภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่มั่นใจต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Schmid et al. (2012) ศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการและ

พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Wang et al. (2013) ศึกษาผลของความหนักของโปรแกรมการฟื้นฟูใน 1 วัน แบ่งเป็น ภายภาพบำบัดฝึกเคลื่อนไหวน้อยกว่า 1.5 ชั่วโมง, 1.5-2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมบำบัดและแก้ไขการพูดฝึกเคลื่อนไหวน้อยกว่า 0.5 ชั่วโมง, 0.5-0.75 ชั่วโมงและมากกว่า 0.75 ชั่วโมง และรวมเวลาใน 1 วันแบ่งเป็นเคลื่อนไหวน้อยกว่า 3 ชั่วโมง, 3-3.5 ชั่วโมงและมากกว่า 3.5 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันจะมีคะแนนจากแบบประเมินการทากิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่า 3 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์แยกเป็นรายกิจกรรมจะพบว่า ระยะเวลาการฝึกกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว

Sehatazadeh (2015) ศึกษาเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ของการเพิ่มความเข้มข้นของโปรแกรมกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โปรแกรมกายภาพบำบัดเข้มข้นและขาแบบเข้มข้นจะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการควบคุมแขนและขาและส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Pei, Zang, Wang, Chai, Wang, Sun, and Zhang (2016) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน วันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน จำนวน 158 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองแตก มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซึ่งมีผลกระทบจากความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ปัจจัยอีกด้านคือรายได้ของครอบครัวโดยพบว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลพบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับการเคลื่อนไหวร่างกาย และอายุที่มากมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถฟื้นตัว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยการดูแล ทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งจากตนเองและผู้ดูแล ทั้งนี้ ในช่วงหลังพ้นระยะวิกฤตผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเพราะยังไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร่วมทั้งการทากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อต่อเนื้อ และระบบที่ถูกทำร้ายอย่างสม่าเสมอ จากผู้ดูแล ญาติ และบุคคลากรทางการแพทย์ ยังได้รับการดูแล เอาใจใส่ฟื้นฟู การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มากเท่าไรก็จะทำให้สามารถกลับมาช่วยเหลือ

ตนเองได้เร็วขึ้น รวมถึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยส่วนบุคคล และโรคที่เป็นอยู่ร่วมด้วย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการศึกษาตามรายละเอียดดังนี้

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) โดยการเก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) และแบบสอบถามตามแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล ที่มีอาการป่วย 6 เดือน - 1 ปี ทั้งที่มีผลคะแนน BI (Barthel ADL Index) มากกว่า 12 คะแนน, คะแนนคงที่ และคะแนนน้อยลง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐบาลในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ช่วงเดือนมกราคม 2565 - เดือนธันวาคม 2565 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเข้าเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate care) ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล 6 เดือน ขึ้นไป จำนวน 246 ราย

กลุ่มตัวอย่าง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ เมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) เมื่อแทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องเข้ารับการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate care) 6 เดือน ถึง 1 ปี โดยใช้สูตรมีรายละเอียดดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	คือ	ขนาดประชากร
	e	คือ	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05
	χ^2	=	ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\chi^2 = 3.841$)
	p	=	สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

เมื่อแทนค่าตัวแปรในสมการ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 246 ราย ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{(3.841) (246) (0.5) (1-0.5)}{(0.05)^2 (246-1) + (3.841) (0.5) (1-0.5)} \\ &= 150.20 \\ &\sim 151 \end{aligned}$$

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้ 151 ตัวอย่าง เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 181 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของรัฐบาลจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2565
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ได้รับการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง(Intermediate Care) ครบ 6 เดือน
4. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับยาทานเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย

5. เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ ในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารได้จะสอบถามจากผู้ดูแล

6. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภท

7. เป็นผู้ที่ยังพักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

8. เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. หากผู้ป่วยไม่อยู่ ณ เวลาที่เก็บข้อมูล จะใช้ผู้ป่วยลำดับถัดไปในการเก็บข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่พบว่ามีการติดเชื้อจากโรคอื่นในช่วงการฟื้นฟู 6 เดือน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) รายอำเภอจากทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม 2565 เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 ราย ผู้วิจัยดำเนินการจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากรที่อาศัยอยู่แบ่งเป็น 3 ขนาด อำเภอขนาดใหญ่กลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 25 คน อำเภอขนาดกลาง กลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 15 คน และอำเภอขนาดเล็กกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 7 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อำเภอขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากร 160,000 – 80,000 คน จำนวน 4 อำเภอ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 25 คน ประกอบด้วย 1) อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา 2) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว 3) อำเภอบางปะกง และ 4) อำเภอพนมสารคาม

2. อำเภอขนาดกลาง มีจำนวนประชากร 40,000 – 79,999 คน จำนวน 4 อำเภอ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 15 คน ประกอบด้วย 1) อำเภอบางคล้า 2) อำเภอบ้านโพธิ์ 3) อำเภอแปลงยาว และ 4) อำเภอบางปะกง

3. อำเภอขนาดเล็ก มีจำนวนประชากร 10,000 – 39,999 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 7 คน จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วย 1) อำเภอราชสาส์น 2) อำเภอท่าตะเกียบ และ 3) อำเภอคลองเขื่อน (รายงานข้อมูลประจำปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2565) รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) รายอำเภอ

ลำดับที่	ขนาดอำเภอ	อำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	ใหญ่	เมืองฉะเชิงเทรา	25
2	ใหญ่	บางน้ำเปรี้ยว	25
3	ใหญ่	บางปะกง	25
4	ใหญ่	บ้านโพธิ์	25
5	กลาง	พนมสารคาม	15
6	กลาง	บางคล้า	15
7	กลาง	สนามชัยเขต	15
8	กลาง	แปลงยาว	15
9	เล็ก	ท่าตะเกียบ	7
10	เล็ก	ราชสาส์น	7
11	เล็ก	คลองเขื่อน	7
รวม			181

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอแล้ว จะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Randal Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในลำดับเลขคู่ คือ 2,4,6,... จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของอำเภอนั้น

วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะวิกฤต ในช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2565 ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ของจังหวัดฉะเชิงเทรา จากผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าถึงข้อมูล และจุดประสงค์ของการนำข้อมูลในส่วนนี้ไปใช้เพื่อการศึกษาและจะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนเป็นความลับ ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้นี้เท่านั้น เนื่องจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ขอใช้ในการศึกษานี้จะมีการระบุ ชื่อ - สกุล ที่อยู่ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะระบุคะแนนการประเมินการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย BI (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นข้อมูลทางการแพทย์ไม่สามารถเปิดเผยให้กับบุคคลภายนอกทราบได้

2. ขอนหนังสือจากมหาวิทยาลัยในการขออนุญาตเข้าถึง และศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการศึกษา ในการศึกษาคั้งนี้ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เมื่อได้ข้อมูลในภาพจังหวัดแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการแยกและศึกษากลุ่มเป้าหมายเป็นรายอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 11 อำเภอ และจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แก่ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละอำเภอรับทราบ

4. เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามลำดับแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการนัดหมายวัน เวลา ที่จะลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยอำเภอขนาดใหญ่จะเก็บข้อมูลอำเภอละ 3 วัน อำเภอขนาดกลาง 2 วัน และอำเภอขนาดเล็กจำนวน 1 วัน โดยในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งเป็นด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง(Intermediate Care) จำนวน 2 ท่าน และ ลงพื้นที่พร้อมกับผู้วิจัย และผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เพื่อสร้างความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย สามารถอธิบายวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ เพราะเป็นบุคคลในพื้นที่ และในการเก็บแบบสอบถามผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอจะเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม เพราะเนื่องจากในบางข้อคำถามกลุ่มเป้าหมายอาจจะไม่กล้าให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่

5. โดยการเก็บข้อมูลโครงการวิจัยฯ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) รายอำเภอ(รายละเอียดดังตารางที่ 1) และขอความร่วมมือให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อป้องกันปัญหาถ้าให้พยาบาลที่รับผิดชอบงาน รพ.สต.เป็นผู้คัดเลือกที่เป็นผู้ดูแลโดยตรง จะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาจเกิดความเกรงใจซึ่งกันและกัน หรือเกิดการกดดันในการเข้าร่วมหรือให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีวิธีการสร้างโดยศึกษาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถาม) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ผู้ดูแล ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง โดยแบ่งองค์ประกอบของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อคำถาม ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่

1. ความรู้ด้านการทำกายภาพบำบัด
2. ความรู้ด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย
3. ความรู้ด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
4. ความรู้ด้านการพบแพทย์ของผู้ป่วย
5. ความรู้ด้านการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย

ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนนดังนี้

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อที่เป็นบวกคือ

ใช่	ให้	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อที่เป็นลบคือ

ใช่	ให้	0	คะแนน
ไม่ใช่	ให้	1	คะแนน
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนความรู้มารวมกัน และจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนรวม 10 - 12 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนนรวม 7 - 9 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 0 - 6 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดลำดับข้อคำถามตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล (Caregiver) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ดังนี้

1. การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์
2. การได้รับการช่วยเหลือด้านเครื่องมือวัสดุสิ่งของต่าง ๆ

3. การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมากที่สุด จำนวน 10 คำถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งมีระดับความคิดเห็นดังนี้

โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งมีระดับความคิดเห็นดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ผู้ดูแล คนรู้จักคนในชุมชน เป็นประจำทุกครั้ง

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ผู้ดูแล คนรู้จักคนในชุมชน เกือบทุกครั้ง แต่ไม่เป็นประจำ

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ผู้ดูแล คนรู้จักคนในชุมชน ไม่ทุกครั้ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ผู้ดูแล คนรู้จักคนในชุมชน น้อยมากจนเกือบไม่ได้รับเลย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ผู้ดูแล คนรู้จักคนในชุมชน เลยแม้แต่ครั้งเดียว

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันและแปลผลค่าคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Best, 1981) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10 - 50 คะแนน

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{50 - 10}{3}$$

$$= 13.33$$

การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งดังนี้
 คะแนนเฉลี่ย 36.68 - 50.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี
 คะแนนเฉลี่ย 23.34 - 36.67 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 10.00 - 23.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 การรับรู้ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนเอกสารและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) จำนวน 15 ข้อ มีการกระทำ หรือปฏิบัติตาม 4 องค์ประกอบ

โดยลักษณะคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 15 คำถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งมีระดับความคิดเห็นดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมาก
 จริงปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับน้อย
 จริงน้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวเลย

จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามที่ได้ตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
จริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
จริงมาก	ให้	2	คะแนน
จริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน

จริงน้อย ให้ 4 คะแนน

จริงน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันและแปลผลค่าคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Best, 1981) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15 - 75 คะแนน

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \frac{75 - 15}{3} \\ &= 20 \end{aligned}$$

การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 65.01 - 75.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นตัว หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องจนครบ 1 ปีอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 35.01 - 65.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นตัว หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องจนครบ 1 ปีอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15.00 - 35.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นตัว หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องจนครบ 1 ปีอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้ป่วย
2. สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน หรือ ชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่

โดยลักษณะคำถาม เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 10 คำถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งมีระดับความคิดเห็นดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมาก

จริงปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวเลย

จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามที่ได้ตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
จริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
จริงมาก	ให้	2	คะแนน
จริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	4	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	5	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันและแปลผลค่าคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Best, 1981) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10 - 50 คะแนน

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{50 - 10}{3}$$

$$= 13.33$$

การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งดังนี้
 คะแนนเฉลี่ย 36.68 - 50.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่
 เหมาะสมกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 23.34 - 36.67 หมายถึง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่
 เหมาะสมกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 10.00 - 23.33 หมายถึง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่
 เหมาะสมกับผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาปัญหาที่ผู้วิจัยสนใจ หาข้อมูลดำเนินการศึกษาอย่างละเอียด
2. การจัดทำโครงร่างวิจัย
3. จัดทำเครื่องมือโดยศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์
 ที่ปรึกษา
4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
 (Content validity) มีค่าไม่น้อยกว่า 0.8
5. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
 เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของ แบบสอบถาม โดยใช้
 สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์
 Cronbach ได้ค่า α เท่ากับ 0.7 (ไพศาล วรคำ, 2559) ในการพิจารณาซึ่งได้ผลแต่ละด้าน ดังนี้
 - 1) ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
 ของครอนบาค เท่ากับ 0.241 ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.861 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.287
 - 2) แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.801
 - 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
 0.877
 - 4) สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
 เท่ากับ 0.953
6. ดำเนินการประสานงานขอความร่วมมือ จัดประชุมชี้แจงข้อมูลการเก็บแบบสอบถาม
 แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบงานการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง ในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา
7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง
8. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว มาลงรหัสให้ค่าคะแนนแล้วทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยรายละเอียดในการวิเคราะห์มีดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ศาสนา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย และคำนวณค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS019/2567(C1) รับรองวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ.2567

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและดำเนินการประสานงานขอความร่วมมือ จัดประชุมชี้แจงข้อมูล การเก็บแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการดูแล การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

3. ผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ต้องสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใด ๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับ

4. การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง โดยจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว สำหรับผลการศึกษาจะนำเสนอและเผยแพร่เป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คน มาทำการวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพ โรคประจำตัว ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ผู้ดูแลท่านในช่วงที่ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ผู้ดูแลหลัก) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 181	ร้อยละ
1. อายุ		
30 - 39 ปี	32	17.7
40 - 49 ปี	33	18.2
50 - 59 ปี	46	25.4
60 - 69 ปี	51	28.2
70 ปีขึ้นไป	19	10.5
2. เพศ		
ชาย	87	48.1
หญิง	94	51.9
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	8.3
ประถมศึกษา	14	7.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	26.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	56	30.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 181	ร้อยละ
อนุปริญญา /ปวส.อนุปริญญา /ปวส.	25	13.8
ปริญญาตรี	24	13.3
4. ศาสนา		
พุทธ	132	72.9
คริสต์	29	16.1
อิสลาม	20	11.0
5. อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	9.9
รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท	68	37.6
เกษตรกร	47	26.0
ค้าขาย	21	11.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	14.9
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	21	11.6
5,001 – 10,000 บาท	35	19.3
10,001 – 15,000 บาท	71	39.2
มากกว่า 15,000 บาท	54	29.8
7. สถานภาพสมรส		
โสด	54	29.8
สมรส	77	42.5
หม้าย/หย่า/แยก	50	27.6
8. โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	17	9.4
โรคความดันโลหิตสูง	38	21.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 181	ร้อยละ
โรคไขมันในเลือดสูง	28	15.5
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	43	23.8
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	49	27.1
อื่น ๆ (หอบหืด, หัวใจ, ภูมิแพ้)	6	3.3
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)		
6 - 12 เดือน	88	48.6
มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป	93	51.4
$(\bar{x} = 10.43$ SD = 4.29, Min = 6.00, Max = 17.00)		
10. ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
มี	48	26.5
ไม่มี	133	73.5
11. ประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน		
มี	52	28.7
ไม่มี	129	71.3
12. ผู้ดูแลหลักในช่วงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
สามี/ภรรยา	59	32.6
ลูก	30	16.6
หลาน	5	2.8
อสม./ Caregiver	49	27.1
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	38	21.0

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 28.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.9 อาชีพ รับจ้างทั่วไป/ พนักงานบริษัท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.2 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 42.5 โรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.1 ช่วง

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 51.4 เฉลี่ย 10.43 เดือน ไม่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 73.5 ไม่มีประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ร้อยละ 71.3 ผู้ดูแลหลักในช่วงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.6

1.2 ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)

ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ได้แก่ ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ที่ได้รับการดูแลครบ 6 เดือน และค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)

ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)	จำนวน n = 181	ร้อยละ
1. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
0-4 คะแนน	52	28.7
5 - 11 คะแนน	129	71.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	0	0.00
$(\bar{x} = 5.34 \text{ SD} = 1.65, \text{Min} = 2.00, \text{Max} = 8.00)$		
2. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ที่ได้รับการดูแลครบ 6 เดือน		
0-4 คะแนน	11	6.1
5 - 11 คะแนน	162	89.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	8	4.4
$(\bar{x} = 7.83 \text{ SD} = 3.09, \text{Min} = 4.00, \text{Max} = 19.00)$		
3. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ณ ปัจจุบัน		
0-4 คะแนน	7	3.9
5 - 11 คะแนน	94	51.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	80	44.2
$(\bar{x} = 10.62 \text{ SD} = 3.85, \text{Min} = 4.00, \text{Max} = 20.00)$		

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา สรุปได้ดังนี้

1. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ช่วง 5 - 11 คะแนน ร้อยละ 45.9 เฉลี่ย 5.34 คะแนน
2. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ที่ได้รับการดูแลครบ 6 เดือน อยู่ช่วง 5 - 11 คะแนน ร้อยละ 89.5 เฉลี่ย 7.83 คะแนน
3. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ณ ปัจจุบัน อยู่ช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ร้อยละ 67.4 เฉลี่ย 12.14 คะแนน

ส่วนที่ 2 ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล (n = 181)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ช่วงคะแนน		\bar{x}	SD	แปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้		ค่าที่ได้ จริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
1. ความรู้ในการดูแลตนเอง	0	12	5	12	9.41	1.28	ปานกลาง
2. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	10	50	22	50	38.61	4.48	ดี
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	15	75	44	75	58.54	5.39	ปานกลาง
4. สภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน	10	50	25	50	39.11	5.11	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 38.61$, $SD = 4.48$, $\bar{x} = 39.11$, $SD = 5.11$ ตามลำดับ) มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.41$, $SD = 1.28$, $\bar{x} = 58.54$, $SD = 5.39$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

1. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยการทดสอบสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient ทุกตัวแปรที่มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ
2. ข้อมูลความเป็นอิสระต่อกัน (Independence) โดยวิเคราะห์สถิติ Durbin-Watson พบว่าได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.94 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรทุกตัวมีความอิสระต่อกัน
3. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' correlation coefficients) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $<.85$) ดังตารางที่ 4
4. ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)
5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณา Scatterplot ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ลักษณะของ Scatterplot เป็นแบบ Homoscedasticity แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่
6. ไม่มีค่าผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจากกราฟ Box-plot ไม่พบค่าผิดปกติ และพิจารณาจากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3

จากผลการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 181 คน มาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	Y
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.00					
ความรู้ในการดูแลตนเอง	.087	1.00				
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	.018	-.026	1.00			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.016	.072	.427**	1.00		
สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน	-.026	.088	.149*	.587**	1.00	
ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) 12 เดือน	.159*	.174*	-.215**	-.049	.007	1.00

* P < .05, p ** < .01

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ นำตัวแปรทั้งหมดเข้าสมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ใน ระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = .215, p < .01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .174, p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .159, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนาย
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (n = 181)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	11.336	3.252		3.486	.001
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	-.184	.061	-.214	-2.990	.003
ความรู้ในการดูแลตนเอง	.465	.215	.155	2.161	.032
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	.212	.102	.150	2.084	.039
R=.311, R ² = .097, R ² _{adj} = .081, F _(3,177) = 6.316, p< .001					

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.214$, $p < .05$) ความรู้ในการดูแลตนเอง ($\beta = .155$, $p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .150$, $p < .05$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 9.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .097$, $F_{(3,177)} = 6.316$, $p < .001$) จากผลการวิจัยในตารางที่ 5 สามารถเขียนเป็นสมการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในชุมชน

$$= 11.336 \text{ (ค่าคงที่)} - .184 \text{ (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม)} + .465 \text{ (ความรู้ในการดูแลตนเอง)} + .212 \text{ (ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง)}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง}} = -.214 (Z_{\text{การได้รับการสนับสนุนทางสังคม}}) + .155 (Z_{\text{ความรู้ในการดูแลตนเอง}}) + .150 (Z_{\text{ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง}})$$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 181 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ผู้ดูแล ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง โดยแบ่งองค์ประกอบของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านการทำกายภาพบำบัด 2) ความรู้ด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย 3) ความรู้ด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย 4) ความรู้ด้านการพบแพทย์ของผู้ป่วย 5) ความรู้ด้านการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดลำดับข้อความตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล (Caregiver) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ได้แก่ 1) การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ 2) การได้รับการช่วยเหลือด้านเครื่องมือวัสดุสิ่งของต่าง ๆ 3) การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมากที่สุด จำนวน 10 คำถาม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ในการฟื้นตัวหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องจนครบ 1 ปี เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนเอกสารและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) มีการกระทำ หรือปฏิบัติตาม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จจากการลงมือทำ 2) เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง มีข้อความจำนวน 4) สภาวะทางด้านจิตใจ ข้อคำถามจำนวน โดยลักษณะคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริง

น้อยที่สุด จำนวน 15 คำถาม ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์และนำผลข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยในประเด็นที่ศึกษา ดังนี้
 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งสามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพ โรคประจำตัว ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ผู้ดูแลท่านในช่วงที่ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ผู้ดูแลหลัก) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 28.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.9 อาชีพรับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.2 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 42.5 โรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.1 ช่วงระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 51.4 เฉลี่ย 10.43 เดือน ไม่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 73.5 ไม่มีประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ร้อยละ 71.3 ผู้ดูแลหลักในช่วงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.6

1.2 ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index)

ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ได้แก่ ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ที่ได้รับการดูแลครบ 6 เดือน และค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ณ ปัจจุบัน พบว่าข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ช่วง 5 - 11 คะแนน ร้อยละ 45.9 เฉลี่ย 5.34 คะแนน

1.2.2 ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ที่รับการดูแลครบ 6 เดือน อยู่ช่วง 5 - 11 คะแนน ร้อยละ 89.5 เฉลี่ย 7.83 คะแนน

1.2.3 ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ณ ปัจจุบันอยู่ช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ร้อยละ 67.4 เฉลี่ย 12.14 คะแนน

2. ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 38.61$, $SD = 4.48$, $\bar{x} = 39.11$, $SD = 5.11$ ตามลำดับ) มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.41$, $SD = 1.28$, $\bar{x} = 58.54$, $SD = 5.39$ ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = .215$, $p < .01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .174$, $p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .159$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน

พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .214$, $p < .05$) ความรู้ในการดูแลตนเอง ($\beta = -.155$, $p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .150$, $p < .05$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน ได้ร้อยละ 9.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .097$, $F_{(3,177)} = 6.316$, $p < .001$) จากผลการวิจัยในตารางที่ 5 สามารถเขียนเป็นสมการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชนได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน

$$= 11.336 \text{ (ค่าคงที่)} - .184 \text{ (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม)} + .465 \text{ (ความรู้ในการดูแลตนเอง)} + .212 \text{ (ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง)}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง}} = -.214 (Z_{\text{การได้รับการสนับสนุนทางสังคม}}) + .155 (Z_{\text{ความรู้ในการดูแลตนเอง}}) + .150 (Z_{\text{ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

การวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ นำตัวแปร ทั้งหมดเข้าสมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน อยู่ใน ระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = .215, p < .01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .174, p < .05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = .159, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน สอดคล้องกับ กฤษติยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาครอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.13 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และระดับน้อย ร้อยละ 6.01 โดยมีปัจจัยระยะเวลาที่ป่วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ได้ร้อยละ 74.00 ($R^2 = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงสำคัญมากที่จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูดีขึ้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสร้างศักยภาพพัฒนาความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อไป สอดคล้องกับ อุ๋นเรื่อน ศรอากาศ, วรรณิ เดียววิศเรศ และ จินตนา วัชรสินธุ์ (2558) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า 1) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 2) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 3) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกายและด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลางและด้านสังคม อยู่ในระดับน้อย 4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = .48, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11, p > .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38, p < .001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64 ($p < .001$) สอดคล้องกับสุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม คือ ผลกระทบของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการฟื้นฟูสภาพ และกำลังกล้ามเนื้อ โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 77 บุคลากรสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้นในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ทางลบ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน ดังนั้นทีมสหวิชาชีพ หรือผู้ดูแล จึงควรพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านการปฏิบัติ

1. ทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น

2. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยเหลือเพื่อเสริมศักยภาพพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและนำไปสู่พฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสม
3. จัดทำสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอหรือแอปพลิเคชันที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือ โปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมต่อไป
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยอำนาจ ความสะดวกและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมที่ยังไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลมากกว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้
3. ควรมีการวิเคราะห์บทบาทของสภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้านในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ในเขตชนบทและเขตเมือง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- กฤษฎิยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ. (2565). ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(3).
- กฤษณา พิวเวช. (2553). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน ฌัฐ พสุธารชาติ, อรุมา ชุตินเตร และ นิจศรี ชาญนรงค์ (บรรณาธิการ), *Basic and Clinical Neuroscience 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองตรวจราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. (2565). *รายงานการตรวจราชการ service plan สาขาการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate care)*.
<http://region6.cbo.moph.go.th/r6/>
- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข(2566).คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. เอ็น พี.เพรส.
- คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)*. มปป.
- จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, และ สายสมร บริสุทธิ์. (2555). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล*. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
- จิตลัดดา ประสานวงศ์. (2555). การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 51-65.
- จินดา รัตนกุล. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- จงจิตร รัตนานันทชัย, ศิริพันธุ์ คงสวัสดิ์, ณรัตน์ พิชัยยงค์วงศ์ดี, และ เพียรชัย คำวงษ์. (2549). การทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมินอายุ. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 39, 38-44.

- จุก สุวรรณโณ, และ จอมสุวรรณโณ. (2560). การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงจำนวนและชนิด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 23(2), 160-177.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 2). บางแสนการพิมพ์.
- ชูลีกร ทาทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล].
- ณรงค์ โพธิ์พุกษานันท์. (2556). ระเบียบวิธีวิจัย หลักการและแนวคิด เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8). แอคทีฟ พรินท์.
- ณิรนุช วงศ์เจริญ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 61-71.
- ถกลวรรณ บุญเต็ม. (2565). ผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางใน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(3).
- ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, และ วสุรัตน์ กิตติสมประยูรกุล (บรรณาธิการ). (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ (บรรณาธิการ). (2550). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. <http://neurothai.org/images/2012/download/ischemicstroke2007.pdf>.
- ทิพวรรณ ไทยवंต์. (2559). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ. *TUH Journal online*, 1(1).
- นันทกา ภัคดิพงษ์. (2553). ภาวะพร่องของสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยเรื่องหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น]
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากอะไร. ใน *วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์* (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลโรค* (หน้า 13-23). อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นิตยา ภาพสมุท, ประเสริฐ ภัคนิรชากุล, วราภรณ์ ภูมิอิรัตน์, อาทิตยา ไทพาณิชย์, ชญาณิน กำลิ่ง,

- และ สุกัลยา ยิตนรติน. (2556). ผลการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดต่อการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 8(4), 143-147.
- นิรมล ปั่นลายนาค. (2558). พลังครอบครัวยกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลโรค* (หน้า 123-131). อัมรินทร์พรินดีงแอนด์พับบลิชซิง.
- บัญชา อางมิตร. (2554). *การสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรแก่เด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนส่วนภูมิภาค*. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. (2549). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). จามจุรีโปรดักท์.
- เบญจรงค์ ศรีสุระ. (2562). ภาพภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (กรณีศึกษา). *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3).
- ปริดา อารยาวิชานนท์. (2021). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 37(1-3), 43-58.
- ปราณี ทัพพะธะ. (2555). *คู่มือยา* (พิมพ์ครั้งที่ 8). พิมพ์ลักษณ์.
- ผกามาศ พิริยะประสาธน์. (2559). เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(3), 128-139.
- ผกามาศ พิริยะประสาธน์. (2561). ผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว. *วารสารกายภาพบำบัด*, 48-56.
- ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์. (2557). *ระบบการเคลื่อนไหว*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พยุงค์ดี สุจิตวัฒน์ศักดิ์. (2563). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(1).
- พศิน วิริยะนานนท์. (2547). *การศึกษาความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตนกับการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยขาดเจ็บไขสันหลังในชุมชน*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรียา ชุนจันทร์ และคณะ. (2565). ผลของการฝึกการทรงตัวขณะยืนและเดินร่วมกับเครื่องเสริมสร้างการก้าวอย่างต่อการฟื้นฟูการทรงตัวและความเร็วที่เหมาะสมของการเดินในชุมชนอย่างปลอดภัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสะเดา. *วารสารกายภาพบำบัด*, 44(2), 149-58.
- พรภัทร ธรรมสโรช (บรรณาธิการ). (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. จริยสุนิทวงศ์การพิมพ์.
- พรรัชนี วีระพงศ์. (2554). *หลักพื้นฐานการออกกำลังกายเพื่อการบำบัด*. คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย จำกัด.

- พรรณทิพย์ คำภิชัย. (2021). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (Doctoral dissertation. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ).*
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555). *การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].*
- ไพศาล วรคำ. (2559). *การวิจัยทางการศึกษา (Education research). ตักสิลาการพิมพ์.*
- เฟื่องฟ้า ฤทธาคณี. (2552). Introduction to Physical Medicine and Rehabilitation. ใน ภัทรารุช อินทรกำแหง (บก). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (หน้า 1-8). นำอักษรการพิมพ์.*
- ภิเชต เสริมสัย. (2554). *การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีภาวะเบาหวาน. [งานนิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา].*
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 58-65.*
- ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. (มปป). *หลักการบำบัดวิทยา. สำนักกระบวนบำบัดวิทยา กรมควบคุมโรค*
- รัชยุทธ ธนปิยชัยกุล และ นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้อย่างไร. ใน *วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลโรค (หน้า 71-83). อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.*
- รัตนพร สายตรี, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และ สมเกียรติ ยศวรรเดช. (2020). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5(02), 1-1.*
- วรุณณา ศรีโสภภาพ และคณะ. (2560). ความสามารถในการทำงานของรายบุคคลส่วนบนในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังในชุมชนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารกายภาพบำบัด, 41(2), 60-74.*
- วาริสา ททรัพย์ประดิษฐ์ และคณะ. (2565). จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. *วารสารกายภาพบำบัด (Thai J Phys Ther) สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย, 44(1), 1-11.*
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และ ดารณี สุวพันธ์ (บรรณาธิการ). (2551). *ก้าวทันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง. ชานเมืองการพิมพ์.*
- วรุณณา ศรีโสภภาพ และคณะ. (2560). การทำงานและภาวะแทรกซ้อนของรายบุคคลส่วนบนของข้าง

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (มปป). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*.

<https://www.medparkhospital.com/content/stroke>

สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนปฐม, และ กุลพัฒน์ วีรสาร (บรรณาธิการ). (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์*. ธนาเพลส.

สันติ จันทวรรณ. (2548). การศึกษาชนิดของ Cognitive deficit ขณะทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ภาควิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์*.

สุกัญญา ทองบุผา และคณะ. (2564). ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(3).

สุนทร เลี้ยงเชวงวงศ์. (2566, มกราคม-เมษายน). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 16(1), 78-96.

สุมาลี ชี้อธนาพร. (2552). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน ภัทรารุช อินทรกำแหง (บก). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 139-151). นำอักษรการพิมพ์.

สุวารี เทพดารา. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 3(2), 93-112.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง*.

http://www.neurothai.org/images/journal/2021/vol37_no4/07%20Nana%20Sara%20Somsak.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค*. <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.

สถาบันประสาทวิทยา. (2565). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/%E0% 202566.pdf.

สถาบันประสาทวิทยา. (2552). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. file:///C:/Users/DELL/Downloads/Documents/03%2050.pdf.

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2558). *คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว*. สหमितพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- อภันตริ บัวเหลือง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล].
- อรุณี ชุนหบดี, ธิติรัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา, และ สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-9.
- อุดม สุทธิพนไพศาล. (2565). *ความชำนาญเฉพาะทางประสาทวิทยาอนุสาขาโรคหลอดเลือดสมอง (โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต) และรังสีร่วมรักษาระบบประสาท โรงพยาบาลเมตพาร์ค*.
- อรอุมา ชุตินेत्र. (2558). เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะรักษาอย่างไร ทำไมต้องรักษา. ใน *วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลโรค* (หน้า 53-66). อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เอมอชมา วัฒนบูรานนท์. (2559). *การวิจัยพัฒนาโมเดลไลฟ์เพื่อสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ : ชุดโครงการวิจัยสำหรับบัณฑิตศึกษา*. โอ.เอส.พรินต์ติ้ง.
- อุ๋นเรื่อน ศรอากาศ, วรณิ เตียววิศเรศ และ จินตนา วัชรสินธุ์. (2558). ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 86-93.
- Adam, H. P., Adam, R. J., Brott, T., Zoppo, G.J., Furlan, A., ... & Goldstein, L.B. (2003). Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the stroke council of the American stroke association. *Stroke*, 34, 1056-1083.
- Alguren, B., Lundgren-Nilsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2009). Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. *Disability and Rehabilitation*, 31(19), 1584-1591.
- Amarenco, P., Labreuche, J., Lavallee, P., & Touboul, P. J. (2004). Statins in stroke prevention and carotid atherosclerosis systematic review and up-to-date meta-analysis. *Stroke*, 35(12), 2902-2909.
- American Heart Association/American Stroke Association. (2013). *Understanding risk together to end stroke*. http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/UnderstandingRisk_UCM_308539_SubHomePage.jsp.
- American Heart Association. (2015). *Complications after stroke, lets talk about stroke*. <http://www.strokeassociation.org/idc/groups/strokepublic/@wcm/@hcm/docu>

- ments/downloadable/ucm_309717.pdf.
- American Stroke Association. (2018). *Stroke risks*. <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk>.
- American Stroke Association. (2015). *Together to end stroke*. <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>.
- Antonucci, T. C. (1985). *Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues*. *Social Support: Theory, Research and Application*. Sarason I. G. & Sarason, B. R. eds., Nijhoff, pp. 21-37.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Berrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Blomer, A. M. V., Van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M., Van Heugten, C. M., & Post, M. W. (2015). Does the frequency of participation change after stroke and is this change associated with the subjective experience of participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(3), 456-463.
- Bloom, B. S. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. Graw-Hill Book Company.
- Boonyoung, N., Paungmali, A., & Pichaiya, T. (2006). The effect of self-stretching and PNF stretching on pressure pain threshold over the trigger point of upper trapezius muscle in women. *Bulletin of Chiang Mai Associated Medical Sciences*, 39(3), 71.
- Broderick, J., Connolly, S., Feldmann, E., Hanley, D., Kase, C., Krieger, D., ... & Zuccarello, M. (2007). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults 2007 update a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke council, high blood pressure research council, and the quality of care and outcomes in research interdisciplinary working group the American academy of neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke*, 38(6), 2001-2023.
- Cichero, J., & Murdoch, B. (2006). *Dysphagia foundation, theory and practice*.

John Wiley & Son,Ltd.

- Cifu, D. X. (2016). *Physical medicine and rehabilitation*. Saunders an imprint of Elsevier Inc.
- Collen, F. M., Wade, D. T., Robb, G. F., & Bradshaw, C. M. (1991). The Rivermead mobility index a further development of the Rivermead motor assessment. *Disability & Rehabilitation*, *13*(2), 50-54.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* *38*, 300-313.
- Desmond, D. W., Moroney, J. T., Sano, M., & Stern, Y. (2002). Incidence of dementia after ischemic stroke results of a longitudinal study. *Stroke*, *33*(9), 2254-2262.
- Edmans, J. A., Gladman, J. R., Cobb, S., Sunderland, A., Pridmore, T., Hilton, D., & Walker, M. F. (2006). Validity of a virtual environment for stroke rehabilitation. *Stroke*, *37*(11), 2770-2775.
- Edward, C. J. *Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.*
- Fan, E., Zanni, J. M., Dennison, C. R., Lepre, S. J., & Needham, D. M. (2009). Critical illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *American Association of Critical Care Nurses Advanced Critical Care*, *20*(3), 243-253.
- Furie, K. L., Kasner, S. E., Adams, R. J., Albers, G. W., Bush, R. L., Fagan, S. C., ... & Mitchell, P. H. (2011). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *42*(1), 227-276.
- Gottlieb, J. L. (1985). *Social participation of individuals in four rural community of the northeast: rural sociology* (4th ed.). University Missouri Press.
- Han, T. R., Paik, N., & Park, J. W. (2001). Quantifying swallowing function after stroke. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, *82*, 677-682.
- Hankey, G. J., & Eikelboom, J. W. (2001). Homocysteine levels in patients with stroke. *CNS Drugs*, *15*(6), 437-443.
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., Tonn, S., & Stroke Practice

- Improvement Network Investigators. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, *36*(9), 1972-1976.
- Hollingsworth, H., & Gray, D. B. (2010). Structural equation modeling of the relationships between participation in leisure activity and community environments by people with mobility impairments. *Arch Physical Medical Rehab*, *91*, 1174-1181.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Addison-Wesley.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (4th ed.). *Work stress and social support*. Addison Wesley.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 1231-1241.
- Josephson, S. A., Hauser, S. L., & Johnston, S. C. (2010). Malignant middle cerebral artery stroke. *Annals of Neurology*, *68*(4), 6-8.
- Jauch, E. C., Cucchiara, B., Adeoye, O., Meurer, W., Brice, J., Chan, Y., ... & Hazinski, M. F. (2010). Part 11: adult stroke: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, *122*(18_suppl_3), S818-S828.
- Kahn, R. L. (1979). *Aging and Social Support*. In *aging from birth to death*. Westview.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... & Johnston, S. C. C. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *45*(7), 2160-2236.
- Kitamura, A., Iso, H., Imano, H., Ohira, T., Okada, T., Sato, S., ... & Shimamoto, T. (2004). Carotid intima-media thickness and plaque characteristics as a risk factor for stroke in Japanese elderly men. *Stroke*, *35*(12), 2788-2794
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdottir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(9), 1876-1894.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). "Determining sample size for research activities". *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607 - 610.

- Kumar, S., Selim, M. H., & Caplan, L. R. (2010). Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, 9(1), 105-118.
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Piravej, K., & Dajpratham, P. (2013). *First-year outcomes after stroke rehabilitation: a multicenter study in Thailand*. ISRN Rehabilitation, DOI 10.1155/2013/595318.
- Lenzi, G. L., Altieri, M., & Maestrini, I. (2008). Post-stroke depression. *Revue Neurologique*, 164(10), 837-840.
- Lin N., Simeone R. S., Ensel W. M., & Kuo W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- López, M. L., & Cooper, L. (2011). *Social support measures review*. National Center for Latino Child & Family Research.
- Morris, P. E. (2007). Moving our critically ill patients mobility barriers and benefits. *Critical Care Clinics*, 23, 1-20.
- Nicol, M. B., & Thrift, A. G. (2005). Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. *Vasc Health Risk Manag*, 1(2), 137-147.
- Niyomthai, N., Tonmukayakul, O., Wonghongkul, T., Panya, P., & Chanprasit, C. (2010). Family strength in caring for a stroke survivor at home. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 17-31.
- National Stroke Association. (2016). *Post-stroke conditions*. <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/post-strokeconditions/physical>.
- Oyewole, O. O., Ogunlana, M. O., Oritogun, K. S., & Gbiri, C. A. (2016). Post-stroke disability and its predictors among Nigerian stroke survivors. *Disability and Health Journal*, 9(4), 616-623.
- Pei, L., Zang, X. Y., Wang, Y., Chai, Q. W., Wang, J. Y., Sun, C. Y., & Zhang, Q. (2016). Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(1), 29-34.
- Poole, K. E., Reeve, J., & Warburton, E. A. (2002). Falls, fractures, and osteoporosis after stroke time to think about protection. *Stroke*, 33(5), 1432-1436.
- Randolph, J. N. (2003). Functional and structural plasticity in motor cortex

- implications for stroke recovery. *Physical Med and Rehab Clinics of North America*, 14, 57-76.
- Robain, G., Chenneville, J. M., Petit, F., & Piera, J. B. (2002). Incidence of constipation after recent vascular hemiplegia a prospective cohort of 152 patients. *Revue Neurologique*, 158(5), 589-592.
- Sacco, R. L. (1997). Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke. *Neurology*, 49(4), 39-44.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosom Med*, 47, 156-163.
- Schaechter, J. D. (2004). Motor rehabilitation and brain plasticity after hemiparetic stroke. *Progress in Neurobiology*, 73, 61-72.
- Schmid, A. A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P. A., Dierks, T. A., Miller, K. K., Damush, T. M., & Williams, L. S. (2012). Balance and balance self-efficacy are associated with activity and participation after stroke a cross-sectional study in people with chronic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(6), 1101-1107.
- Sehatazadeh, S. (2015). Effect of increased intensity of physiotherapy on patient outcomes after stroke: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 15(6), 1.
- Sherbourne & Stewart. (1991). *Empowering people* (2nd ed.). Pitman.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A., (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social*, 40, 11-36.
- Sonoda, S., Morino, Y., Ako, J., Terashima, M., Hassan, A. H., Bonneau, H. N., ... & SIRIUS investigators. (2004). Impact of final stent dimensions on long-term results following sirolimus-eluting stent implantation: serial intravascular ultrasound analysis from the sirius trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(11), 1959-1963.
- Sorganvi, V., Kulkarni, M.S., Kadeli, D., & Atharga, S.. (2014). Risk factors for stroke. *IJCRR*, 6(3), 46-52.
- Stroke Association. (2015). *Common problems after stroke*.
<https://www.stroke.org.uk/what-stroke/common-problems-after-stroke/>

swallowing-problems.

Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *Am J Community Psychol*, 13, pp.187-202.

Taylor, S. E., (2011). *Social support: A review. The Handbook of Health Psychology*, Oxford University Press.

Tieges, Z., Mead, G., Allerhand, M., Duncan, F., van Wijck, F., Fitzsimons, C., ... & Chastin, S. (2015). Sedentary behavior in the first year after stroke: a longitudinal cohort study with objective measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 15-23.

Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology* (2nd ed), 3. pp. 1-37. Wiley.

Thongbupa, S., Muengtaweepongsa, S., & Kommarg, U. (2022). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน. *Nursing Journal*, 49(3), 174-187.

Tyson, S. F., Hanley, M., Chillala, J., Selley, A., & Tallis, R. C. (2006). Balance disability after stroke. *Physical Therapy*, 86(1), 30-38.

United Nations. (1994). *The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities*. United Nations. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.html>.

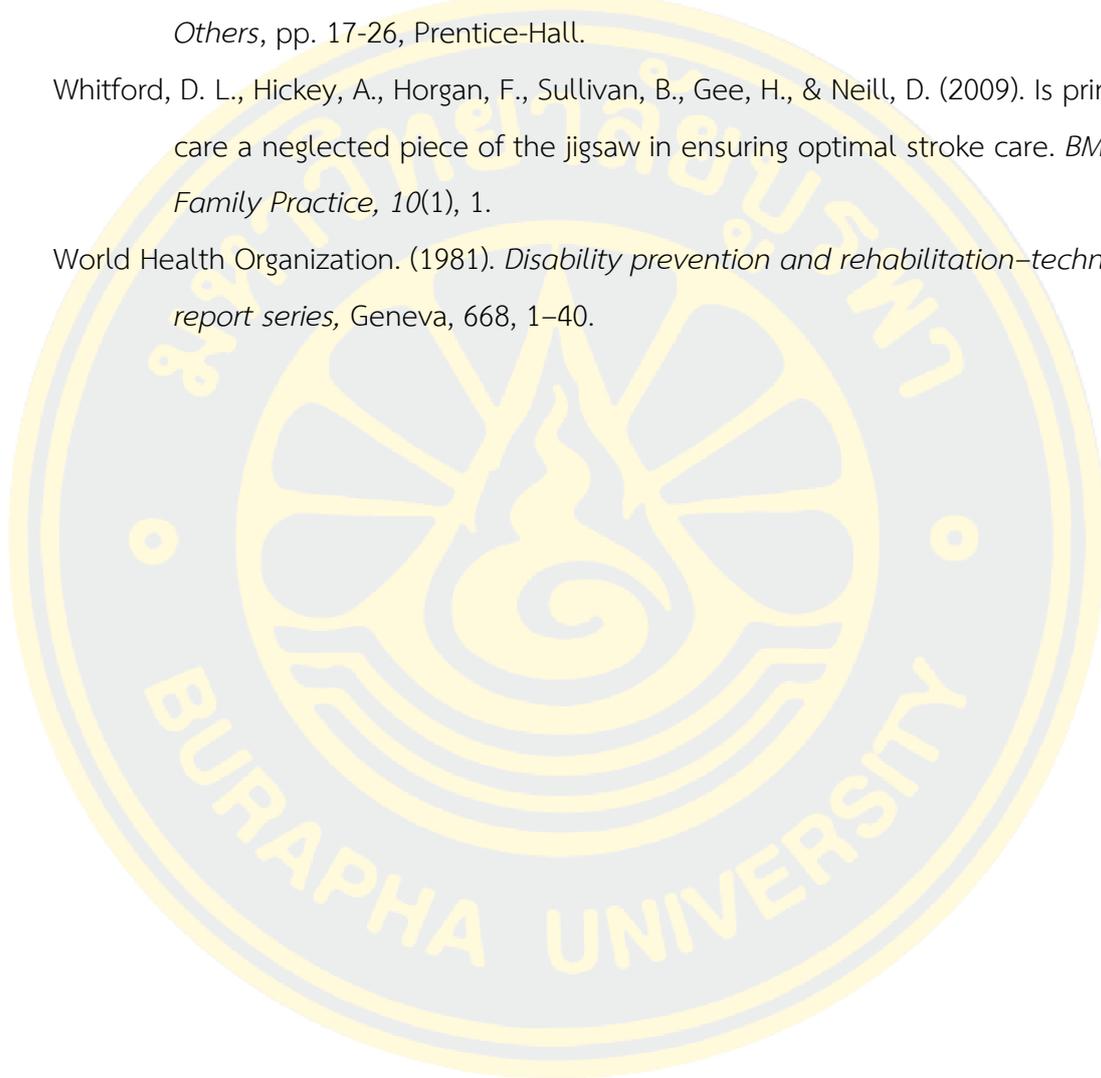
Vaglio, J., Conard, M., Poston, W. S., O'Keefe, J., Haddock, C. K., House, J., & Spertus, J. A., (2004). Testing the performance of the ENRICH social support instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 24.

Van de Port, I. G., Kwakkel, G., Schepers, V. P., & Lindeman, E. (2006). *Predicting mobility outcome one year after stroke: a prospective cohort study*.

Wang, C., Schmid, C. H., Iversen, M. D., Harvey, W. F., Fielding, R. A., Driban, J. B., ... & McAlindon, T. (2016). Comparative effectiveness of Tai Chi versus physical therapy for knee osteoarthritis: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 165(2), 77-86.

Watila, M. M., Nyandaiti Y. W., Ibrahim A., Balarabe, S. A., Gezawa, I. D., Bakki, B., Tahir

- A., Sulaiman, M. M., & Bwala S. A. (2012). Risk factor profile among black stroke patients in Northeastern Nigeria. *Journal of Neuroscience and Behavioural Health*, 4(5), 50-58.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed), *Doing Unto Others*, pp. 17-26, Prentice-Hall.
- Whitford, D. L., Hickey, A., Horgan, F., Sullivan, B., Gee, H., & Neill, D. (2009). Is primary care a neglected piece of the jigsaw in ensuring optimal stroke care. *BMC Family Practice*, 10(1), 1.
- World Health Organization. (1981). *Disability prevention and rehabilitation—technical report series*, Geneva, 668, 1–40.





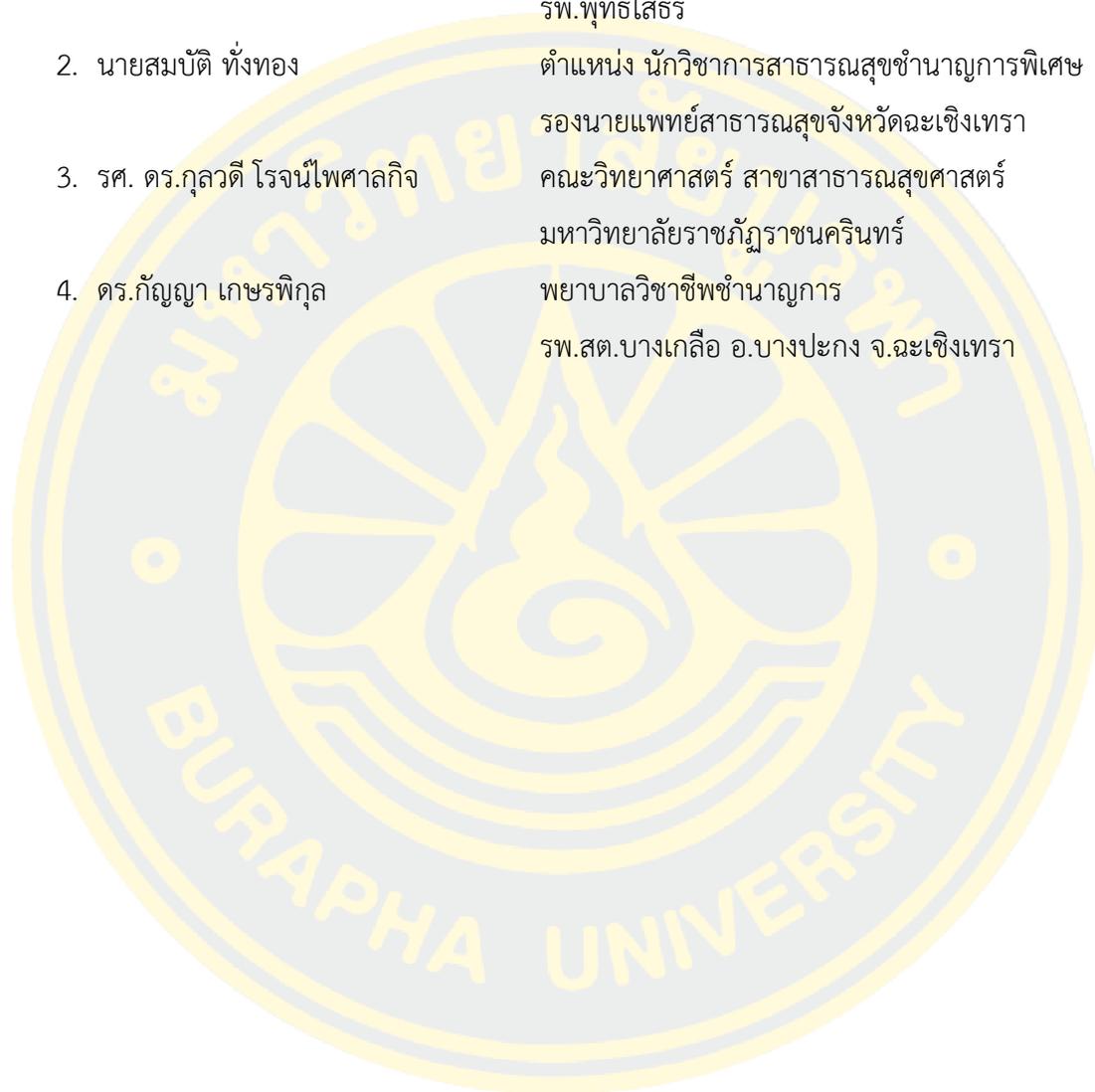
ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พญ.พจีภัทร อนุราชเสนา ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รพ.พุทธโสธร
2. นายสมบัติ ทั้งทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. รศ. ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
4. ดร.กัญญา เกษรพิกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.บางเกลือ อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา





ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวและสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยฯ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย

2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนและตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยข้อมูลที่ตอบกับผู้วิจัย
จะเป็นความลับ และไม่มีผลทำให้ท่านได้รับความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้สัมภาษณ์ หรือตอบแบบสอบถามได้ ให้ญาติ หรือ ผู้ดูแล
เป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการใส่เครื่องหมาย / ลงใน ()

หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ
() 30 – 39 ปี () 40 – 49 ปี () 50 – 59 ปี () 60 – 69 ปี () 70 ปีขึ้นไป
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. /
() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ(ระบุ).....
5. อาชีพ () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท
() เกษตรกรรม () ค้าขาย
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่นๆ(ระบุ).....
6. รายได้ () ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
() 10,001 – 15,000 บาท/เดือน () มากกว่า 15,000 บาท/เดือน
7. สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก
8. โรคประจำตัว(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง
() ไขมันในเลือดสูง () อื่นๆ(ระบุ).....
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(ระบุ).....ปี.....เดือน
10. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง.....คะแนน
11. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังได้รับการดูแลครบ 6 เดือน.....คะแนน



BUU-IRB Approved
24 May 2024

ฉบับที่ 2.0 วันที่ (ระบุ)วันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2567

12. ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน.....คะแนน
13. คนในครอบครัวหรือญาติ ของท่านมีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ () มี () ไม่มี
14. ท่านเคยมีคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้มีการพูดคุยกัน () มี () ไม่มี
15. ผู้ดูแลท่านในช่วงที่ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(ผู้ดูแลหลัก)
- () คนในครอบครัว
- () พ่อ/แม่ () พี่/น้อง () สามี/ภรรยา () ลูก () หลาน () อื่นๆ ระบุ.....
- () อสม./ Caregiver
- () เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
- () อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ : ข้อ 10 -12 (พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประเมินและลงคะแนนให้)



BUU-IRB Approved
24 May 2024

ฉบับที่ 2.0 วันที่ (ระบุวันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2567)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการใส่เครื่องหมาย / ลงใน () และ

เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ใช่ หมายถึง การกระทำดังกล่าวทำให้ท่านสามารถฟื้นตัวจากอาการป่วยได้

ไม่ใช่ หมายถึง การกระทำดังกล่าวไม่ทำให้ท่านสามารถฟื้นตัวจากอาการป่วยได้

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่รู้ว่าการกระทำดังกล่าวทำให้ท่านสามารถฟื้นตัวจากอาการป่วยได้หรือไม่

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1	การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และข้อ ทุกวัน ช่วยลดปัญหาข้อติด			
2	การทำกายภาพบำบัดช่วยให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นและสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ			
3	การทำกายภาพบำบัดทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลแบบยั่งยืน			
4	การทำกายภาพบำบัดเป็นวิธีแก้ไขความบกพร่องของร่างกาย			
5	ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที			
6	หากลืมรับประทานยาก่อนอาหาร ควรข้ามยาเมื่อที่ลืมไป			
7	หากยารักษาอาการป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมดก่อนพบแพทย์ สามารถซื้อยาที่ร้านขายยาทานเองได้			
8	ท่านรับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ และตรงเวลา			
9	ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยได้ง่าย เช่น เนื้อปลา ผักต้ม เป็นต้น			
10	การนั่งสมาธิ ฝึกจิตใจให้สงบ เป็นวิธีหนึ่งในการจัดการความเครียด			
11	การได้รับประทานอาหารที่ช่วยคลายความเครียดได้			
12	การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดไม่จำเป็นต่อการรักษา			



BUU-IRB Approved
24 May 2024

ฉบับที่ 2.0 วันที่ (ระบุวันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2567)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการใส่เครื่องหมาย / ลงใน () และ

เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการดูแลเป็นประจำทุกครั้งที่
เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านได้รับการดูแลเกือบทุกครั้ง แต่ไม่เป็นประจำ
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการดูแล ไม่ทุกครั้ง
เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านได้รับการดูแลน้อยมากจนเกือบไม่ได้รับเลย
เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับเลยแม้แต่ครั้งเดียว

ข้อ	คำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
1.	ครอบครัว ของท่านคอยให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้าง ท่านอย่างสม่ำเสมอ					
2.	ท่านคิดว่าท่านเป็นภาระของครอบครัว					
3.	ท่านจะรู้สึกกังวลเมื่อต้องอยู่เพียงลำพัง					
4.	อสม. หรือ caregiver มาเยี่ยมท่านเป็นประจำ					
5.	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. / อสม. ค่อยดูแลเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี					
6.	ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น ในการดำรงชีวิตประจำวัน จาก รพ.สต./อบต.หรือ หน่วยงานราชการในพื้นที่					
7.	มีการจัดบริการรถ รับ - ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวก ในการเดินทางไปพบแพทย์					
8.	ท่านได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกใน การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น รถเข็น ที่หัดเดิน เป็นต้น					
9.	ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจาก เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ อสม. และ caregiver					
10.	ท่านมีช่องทางในการสื่อสาร รับรู้ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ของ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านทางช่องทางต่างๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ของ รพ.สต. เป็นต้น					



BUU-IRB Approved
24 May 2024

ฉบับที่ 2.0 วันที่ (ระบุวันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2567)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
(Self-efficacy Theory)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการใส่เครื่องหมาย / ลงใน () และ

เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

จริงมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับมาก

จริงปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัวในระดับน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าการกระทำดังกล่าวไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวเลย

ข้อ	คำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1.	ท่านทำกายภาพบำบัดตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ					
2	การทำกายภาพบำบัดทำให้กล้ามเนื้อของท่าน มีความแข็งแรง					
3	การทำกายภาพบำบัดช่วยให้ท่านสามารถ กลับมาช่วยเหลือตนเองได้					
4	ท่านเชื่อว่าการทำกายภาพบำบัดมีความจำเป็นกับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
5	ท่านเชื่อว่าการทำกายภาพบำบัดหลังจากฟื้นระยะวิกฤตทันทีจะ ทำให้ร่างกาย กล้ามเนื้อ สามารถฟื้นตัว ได้เร็ว					
6	ท่านเชื่อว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมีความสำคัญใน การรักษาโรค					
7	ท่านเชื่อว่าการซื้ออาหารเสริม นอกเหนือ จากแพทย์สั่งสามารถทำได้					
8	ท่านสามารถซื้อยาทานเองได้เลยโดยไม่ต้อง พบแพทย์					
9	ท่านใช้ยาสมุนไพรหา นวด กล้ามเนื้อเพื่อบรรเทาอาการ เจ็บปวด กล้ามเนื้อ					
10	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในทุกมื้ออาหาร					



BUU-IRB Approved
24 May 2024

ฉบับที่ 2.0 วันที่ (ระบุวันเดือนปี 10 พฤษภาคม 2567)

ข้อ	คำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่จริง เลย
11	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ผักใบเขียว เนื้อปลา เป็นต้น					
12	ท่านรับประทานอาหารรสจัดเป็นประจำเพราะความชอบอาหารรสจัด					
13	ท่านจะหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด หรือ ผัด เพราะทำให้ไขมันในเลือดสูง					
14	ท่านพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อรับรู้อาการของตนเอง					
15	เมื่อมีปัญหา หรือเกิดความผิดปกติต่อร่างกาย ท่านจะปรึกษาแพทย์ หรือ หมออนามัยโดยตรง					



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัว
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการใช้เครื่องหมาย / ลงใน () และ

เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

จริงมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัวในระดับมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัวในระดับมาก

จริงปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัวในระดับปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัวในระดับน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ตัวเลย

ข้อ	คำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่จริง เลย
1	บ้านของท่านมีการจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อคนในบ้าน					
2	ท่านนอนในกึ่งองที่มีอาการถ่ายเทได้สะดวกไม่ร้อนอบอ้าวจนเกินไป					
3	บ้านของท่านมีการจัดมุมสำหรับให้ท่านบริหารกล้ามเนื้อทำกายภาพบำบัด					
4	บ้านของท่านมีการจัดทำอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดให้แก่ท่าน เช่น รอกบริหารแขน และขา					
5	ห้องน้ำภายในบ้านของท่านมีราวจับ และชักโครกที่เอื้ออำนวยให้ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย					
6	บริเวณชุมชนที่ท่านพักอาศัยมีการจัดสถานที่สำหรับไว้พักผ่อนหย่อนใจ					
7	ชุมชนของท่านมีอากาศที่ปลอดโปร่ง ปราศจากมลภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
8	สถานที่ต่างๆ ภายในชุมชนมีการจัดทำทางลาด เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ที่นั่งรถเข็น					
9	ชุมชนของท่านมีเจ้าหน้าที่ หรือผู้นำชุมชนตรวจตราความปลอดภัยอยู่เสมอ					
10	ท่านรู้สึกมีความปลอดภัยและมีความสุขเมื่อต้องออกมาจากบ้าน					





ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-064/2567



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS019/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : บัณฑิตที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรก
จังหวัดฉะเชิงเทรา

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวนฤมล พรหมบุญ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 2 วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

วันที่หมดอายุ : วันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรรณ แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรรณ แยมประทุม)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย :

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวนฤมล พรหมบุญ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรมหาบัณฑิต หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรก ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลของรัฐบาลในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ช่วงเดือนมกราคม 2565 - เดือนธันวาคม 2565 จำนวน 189 คน และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งผลการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว สำหรับผลการศึกษานำเสนอและเผยแพร่เป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใดๆ เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

AF 06-02/v2.1

หากมีข้อสงสัยในกระบวนการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่นางสาวนฤมล พรหมบุญ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 09 8832 6749 หรือ e-mail : 65920237@go.buu.ac.th และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th"





**เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย:

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคเลือดสมองในระยะเวลา 1 ปีแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวนฤมล พรหมบุญ	
วัน เดือน ปี เกิด	4 เมษายน 2537	
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	12/1 หมู่ที่ 2 ตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	ปัจจุบัน	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
	พ.ศ. 2568	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา