

**P104 : ผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ**

ภูวนันท์ สุวรรณไตรย์

โรงพยาบาลชานุมาน

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ราย ของโรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งได้มาโดยการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบประเมินคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิต (3) โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล และ (4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติค่าที (t-test) แบบ Dependent Samples

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (World Health Organization, 2015) อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่งในสหรัฐ เกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศอังกฤษ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 3,000 รายในแต่ละปี ในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้นเป็น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2555 (สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้าไปมาก สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตและลดอัตราการตายลงได้อย่างมาก ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการเรื้อรัง (พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล, 2543) จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ปัญหาที่พบได้บ่อยและต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น การเคลื่อนไหวช้า การเคลื่อนไหวของแขนและขาไม่สัมพันธ์กัน การก้าวขาลำบาก เดินเซพูดไม่ได้หรือพูดลำบาก การกลืนลำบาก ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจม, 2547) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด กลัว ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย (ปิยภัทร พัชรววิวัฒน์พงษ์, 2547) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นอาการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ทำให้มีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (ฉัฐยา จิตประไพ, ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2542) โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเองตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่ต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ และจากการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2545) พบว่า ปัญหาที่มากที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ การมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบความยากลำบากในการดูแลและเกิดความเครียดขึ้นได้ และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้กลับมารักษาในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้วงการแพทย์และสาธารณสุขสนใจวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวภายหลังจากพ้นภาวะวิกฤต โดยมุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปและพัฒนาศักยภาพที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด ช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (อรฉัตร โตชยานนท์, 2539, สมจิต หนูเจริญกุลม, 2543, วิจิตรา กุสมภ์, 2544, น้อมจิตต์ นवलเนตร, 2545, สถาบันประสาทวิทยา,

2545) ในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ที่บ้านร้อยละ 95 ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสภาพน้อย ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง (Legg; Langhorne; & Andersen, 2004) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวน 156 ราย ที่ระยะ 3 เดือนจนถึง 1 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและจะไม่เพิ่มขึ้นจนถึง 1 ปี (Kauhanen, 2005) ซึ่งวิธีสำคัญวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ คือ การสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะสามารถป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสภาพนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะที่เริ่มพักฟื้นในโรงพยาบาล ระยะนี้จะเริ่มการฟื้นฟูสภาพหลังจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองสงบแล้ว โดยการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่จะทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขา และระยะที่ 2 คือ ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เป็นการฟื้นฟูสภาพระยะยาวตลอดชีวิต ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในระยะนี้เป็นกิจกรรมที่ศึกษากายสูงสุดของผู้ป่วย (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1996) เป้าหมายที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตความเป็นอยู่ในสภาพครอบครัว และสังคมเดิม ดังนั้นกิจกรรมหลักจึงมี 2 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2) การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกาย ในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต่อความสามารถในการดูแลบ้างแล้ว (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) แต่การศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมสนับสนุนความรู้แก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นยังมีน้อย และสำหรับโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มี การวิจัย จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอขานูมาน พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลขานูมานภายหลังจากถูกจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ทั้งนี้ เพราะผู้ดูแลขาดความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ สาขานักกายภาพบำบัด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขานูมาน อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

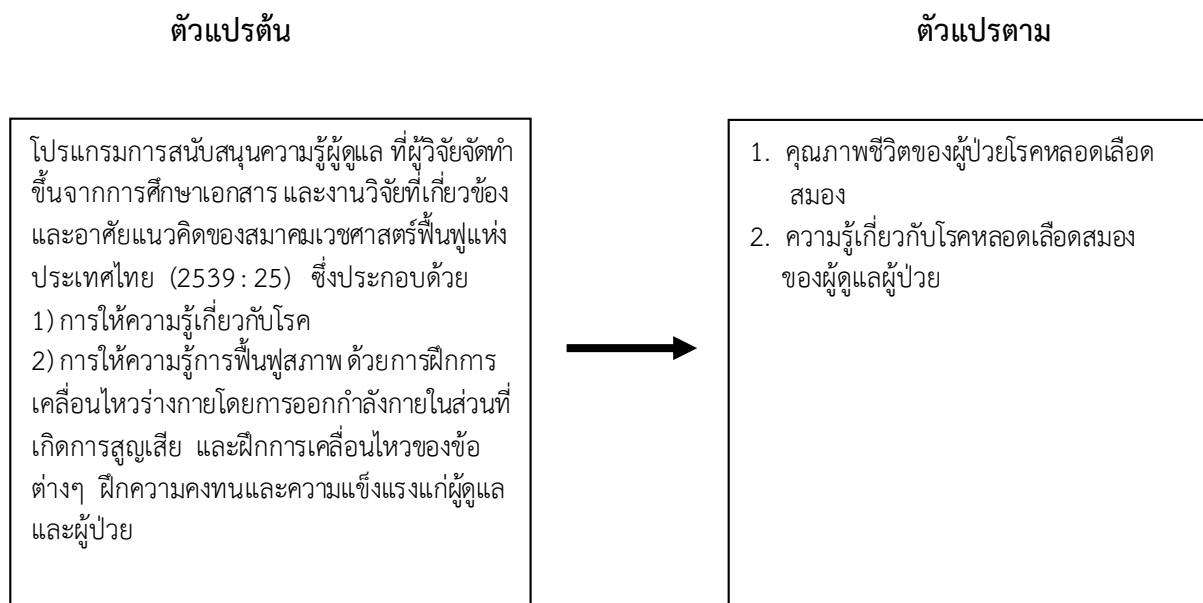
### ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัย ไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาศัยแนวคิดของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การให้ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพด้วยการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ในเขตอำเภอลำลูกกา จังหวัดอานาจเจริญ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้

1. **ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอลำลูกกา จังหวัดอานาจเจริญ

2. **กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษา และถูกจำหน่ายจาก กลับไปอยู่บ้าน ในเขตอำเภอลำลูกกา จังหวัดอานาจเจริญ ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563 จำนวน 20 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย ซึ่งได้มาโดยความสมัครใจ และมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 2.1 เป็นผู้มียายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2.2 เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ดี
- 2.3 หากมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้องสามารถควบคุมโรคได้
- 2.4 ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 2.5 มีบุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง
- 2.6 บ้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะทางที่ผู้วิจัยสามารถเยี่ยมบ้านได้

### เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
  - 1.1 โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาศัยแนวคิดของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การให้ความรู้ในการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงแก่ผู้ดูแล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
  - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของ วิณา ลิ้มสกุล (2545) ป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วยมีทั้งหมด 26 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ตัวเลือก

### วิธีรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพร้อมที่อยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาและถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามเกณฑ์ที่ต้องการ และดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที

1. ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้าน แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมลงลายมือชื่อ
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งภายในสัปดาห์แรก

#### ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที

1. ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้วิจัยพูดคุยพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ผู้วิจัยซักถามถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากนั้นเริ่มให้กิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลดำเนินการสอนตามองค์ประกอบ เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลไว้อ่าน ร่วมกับการอธิบายตอบข้อซักถามและตอบปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในการพบครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป
2. หลังจากนั้นเริ่มให้กิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลและดำเนินการสอนตามโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล เป็นการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. หลังการสอน ผู้วิจัยได้ซักถามความเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในการพบครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป
2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้กิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลตามสภาพปัญหาที่พบ ซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยในครั้งก่อน ให้ผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาการสอนในครั้งก่อนโดยผู้วิจัยช่วยเสริมและชี้แนะเพิ่มเติม
3. ผู้วิจัยดำเนินการสอนตามองค์ประกอบ เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ
4. หลังการสอน ผู้วิจัยได้ซักถามความเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม
5. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในการพบครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป
2. ผู้วิจัยให้กิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลตามสภาพปัญหาที่พบ และซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยในครั้งก่อน ให้ผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาการสอนในครั้งก่อนโดยผู้วิจัยช่วยเสริมและชี้แนะเพิ่มเติม
3. หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสอนตามองค์ประกอบ เรื่องการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง พร้อมทั้งสาธิตวิธี
4. หลังการสอน ผู้วิจัยได้ซักถามความเข้าใจและให้สาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในการพบครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 5) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป

2. ผู้วิจัยให้กิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ และซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยในครั้งก่อน ให้ผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาการสอนในครั้งก่อนโดยผู้วิจัยช่วยเสริมและชี้แนะเพิ่มเติม

3. ผู้วิจัยดำเนินการสอนตามองค์ประกอบ สอนซ้ำในเรื่อง การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง พร้อมทั้งสาธิตวิธี

4. หลังการสอน ผู้วิจัยได้ซักถามความเข้าใจและให้สาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในการพบครั้งต่อไป

#### **ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 6) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 60-90 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป

2. ผู้วิจัยให้กิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ และซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยในครั้งก่อน ให้ผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาการสอนในครั้งก่อนโดยผู้วิจัยช่วยเสริมและชี้แนะเพิ่มเติม

3. ผู้วิจัยดำเนินการสอนตามองค์ประกอบ เรื่องการฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง, การฝึกการเคลื่อนย้าย และการฝึกการใช้รถเข็น (ในบางรายที่มีรถเข็น) พร้อมทั้งสาธิตวิธี

4. หลังการสอน ผู้วิจัยได้ซักถามความเข้าใจและให้สาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ทั้งหมดและคำแนะนำที่ได้ให้ไปทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นและได้ร่วมกันแก้ไขตลอดระยะเวลาของการวิจัย และเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ และย้ำผู้ดูแลควรมีการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ในระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนที่จะถึงกำหนดนัดครั้งต่อไป ผู้วิจัยจะติดต่อสอบถามความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง หรือเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พร้อมกับได้มอบแบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ไว้แก่ผู้ดูแลฉบับที่การฝึกการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อผู้วิจัยได้ติดตามความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ

#### **ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 7) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 30 นาที**

ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ครั้ง เพื่อสอบถามความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง และกระตุ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และนัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ และชี้แจงให้ทราบว่า จะเป็นการพบกันครั้งสุดท้าย เป็นการสิ้นสุดการวิจัย

#### **ครั้งที่ 9 (สัปดาห์ที่ 8) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 30 นาที**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการโดยทั่วไป

2. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเป็นไปอย่างต่อเนื่องหรือไม่ และกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีแล้ว แต่ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยทบทวนการฟื้นฟูสภาพซ้ำอีกครั้ง

3. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซ้ำ และทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้ง

4. ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย เพื่อการติดต่อสอบถามเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ดังนี้

1. วิเคราะห์ตามลำดับตัวแปรที่วิจัย ดังนี้
  - 1.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแล
  - 1.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแล
2. สถิติที่ใช้ในการวิจัย
  - 2.1 ค่าร้อยละ (Percentage)
  - 2.2 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )
  - 2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
  - 2.4 สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบเครื่องมือ ใช้ค่า IOC
  - 2.5 ค่า t (t-test)

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสของผู้ป่วยร้อยละ 85 มีคู่ ระดับการศึกษาร้อยละ 90 จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาชีพก่อนการเจ็บป่วย ร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 75 มีรายได้ 5,000 -10,000 บาท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60 อยู่ที่ 6-8 เดือน ดังแสดงในตาราง 1-2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และศาสนา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	60.00
หญิง	8	40.00
<b>อายุ (ปี)</b>		
41-50	2	10.00
51-60	4	20.00
61-70	9	45.00
71-80	5	25.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	-	-
คู่	17	85.00



หม้าย,หย่า/แยกกันอยู่	3	15.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	-	-
ประถมศึกษา	18	90.00
มัธยมศึกษา	2	10.00
ประกาศนียบัตร	-	-
ปริญญาตรี	-	-
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	20	100
คริสต์	-	-
อิสลาม	-	-
อื่นๆ	-	-

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และศาสนา ปรากฏผล ดังนี้ เพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 เพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุ 41-50 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุ 51-60 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 อายุ 61-70 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 อายุ 71-80 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 สถานภาพสมรส มีคู่ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 หม้าย,หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มัธยมศึกษา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ศาสนาพุทธจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพก่อนการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน	ร้อยละ
<b>อาชีพก่อนการเจ็บป่วย</b>		
ไม่ได้ทำงาน	-	-
รับจ้าง	5	25.00
ค้าขาย	4	20.00
เกษตรกรกรรม	10	50.00
ข้าราชการ	-	-
ข้าราชการบำนาญ	1	5.00
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 5,000	-	-
5,000-10,000	15	75.00
10,000 ขึ้นไป	5	25.00

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
1-2 เดือน	3	15.00
3-4 เดือน	12	60.00
5-6 เดือน	5	25.00

จากตาราง 2 พบว่า อาชีพก่อนการเจ็บป่วย รับจ้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ค้าขาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 เกษตรกรรม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ข้าราชการบำนาญ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 10,000 บาทขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1-2 เดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 3-4 เดือน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 5-6 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00

### ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล

กลุ่มทดลอง	N	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนการใช้โปรแกรม	20	130	55.90	3.32	43.94**
หลังการใช้โปรแกรม	20	130	99.30	3.31	

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (df = 19, t = 2.539)

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง	N	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนการใช้โปรแกรม	20	125	10.20	2.06	32.72**
หลังการใช้โปรแกรม	20	125	21.70	1.26	

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (df = 19, t = 2.539)

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. คะแนนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### การอภิปรายผล

การศึกษาผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลต่อดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชานุมาน อำเภอลือชัย จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 20 ราย ซึ่งผลการศึกษาก่อให้เกิดผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

1. ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายผลได้ ดังนี้

1.1 การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ในสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยอยู่ เป็นจำนวน 9 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นแผนการสอนที่ชัดเจน ซึ่งจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน มีวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม เนื้อหา อุปกรณ์การสอน และแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน และการสอนแต่ละครั้งผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วย 1 ราย และผู้ดูแล 1 ราย ที่บ้านของผู้ป่วย ก่อนการสอนผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาที่พบ แล้วจึงเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ดำเนินการสอนตามองค์ประกอบจากง่ายไปยาก ขณะสอนและหลังการสอน ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่ผู้วิจัยเข้าไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการที่จะปฏิบัติตัว และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้ ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตน มีการวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหา มีทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการทำหน้าที่ของ

ร่างกายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการกลับสู่สภาพเดิมสั้นลง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543 : 94) ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องการผู้ดูแลซึ่งต้องการการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์ กาญจนวงศ์ และจรรยา วัตร คมพยัคฆ์ (2545 : 68) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพพบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นการรับรู้ความผาสุกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การได้รับการพึ่งพา การมีส่วนร่วมในสังคม ได้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความรู้สึกที่จะสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรกด้วยท่าทีที่จริงจัง ตั้งใจให้ความช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความรู้สึกเป็นกันเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือ ในการไปเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้มีโอกาสเห็นสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่จริง ทำให้มีการวางแผนและปรับกลยุทธ์ในการให้ความรู้และการฝึกการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเฉพาะแต่ละราย ไปตามสภาพ และสามารถประเมินความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกการฟื้นฟูสภาพ จึงเป็นการช่วยขจัด ปัญหาข้อจำกัดบางประการได้ ในการสอนให้ความรู้ และสาธิตวิธีการปฏิบัติเคลื่อนไหวร่างกาย หลังจากการสอน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทุกครั้งเมื่อพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการแก้ไข และชี้แจงข้อบกพร่องให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลรับทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เน้นฝึกจนให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญสามารถปฏิบัติได้ เข้าใจแล้วจึงเริ่มกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป (ฉัฐยา จิตประไพ, 2546)

2. ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายผลได้ ดังนี้

2.1 ในการสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้สื่อการสอน มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแผนการสอนที่กำหนดไว้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และจากการติดตามเยี่ยม และตรวจสอบแบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยฝึกการฟื้นฟูสภาพ ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยไว้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาได้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

2.2 การที่ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไว้อ่านประกอบ ซึ่งเนื้อหาภายในเล่มประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และการฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เนื้อหาที่มีรูปภาพแสดงประกอบเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอ่านทบทวนได้ด้วยตนเองตลอดเวลา เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบรายละเอียด จึงเป็นการเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และการฝึกทักษะต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ดูแลคอยดูแลให้กำลังใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินนระรัตน์ ศรีภัทร

ภิญโญ (2540) ศึกษาผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำการประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน และภายหลังการจำหน่าย 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะ มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการจำหน่าย 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีรูปภาพพร้อมคำบรรยาย ส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเคอร์นิก และโรบบ์ (Kernick & Robb, 1988) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการสอนและการสนับสนุนครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 ราย ซึ่งโปรแกรมพัฒนามาจากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื้อหาประกอบด้วย การให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ความบกพร่องที่เกิดขึ้นและการฟื้นฟูสภาพ โดยการดูแลของทีมสหสาขา โดยให้โปรแกรม 4 ครั้งๆ ละ 90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวเกิดความตระหนักในปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรค มีความเข้าใจผลของโรคที่มีต่อร่างกาย เข้าใจถึงความสามารถ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และมีทักษะในกระบวนการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน

2.3 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพให้เป็นอย่างดีต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีการตกลงร่วมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากผลการศึกษาต่างๆ ที่นำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น หรือมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาล ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยหรือการฟื้นฟูของผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เอสตัน และคณะ (Easton et al. 1994 : 85) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวจำนวน 6 เรื่อง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง ครั้งละ 1 ชั่วโมงในเวลาช่วงบ่าย กิจกรรมการสอนมีรูปภาพและเครื่องมือประกอบการสอน และติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นไปอย่างถาวรนอกจากนี้จากการสังเกตเพิ่มเติมของผู้วิจัย ยังพบอีกว่าในกลุ่มทดลองไม่เพียงแต่มีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการฟื้นคืนสภาพด้านการเคลื่อนไหวดีขึ้นมาก ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยังไม่สามารถลุกขึ้นนั่งบนเตียงได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลต้องช่วยกันประคองประคองพยุงจากที่นอนเพื่อลุกขึ้นนั่ง หลังจากการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยพัฒนาการดีขึ้นเป็นลำดับจนกระทั่งสามารถลุกเดินไปได้ไกลด้วยตนเองโดยใช้ไม้เท้าช่วยและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อจบโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านที่ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้วิจัยได้ฝึกการสอน

ผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหา โดยผสมผสานเทคนิคต่างๆ เช่น การฝึกการเคลื่อนไหวโดยให้ผู้ป่วยทำแบบซ้ำๆ จนกว่าผู้ป่วยสามารถทำเองได้ และให้ผู้ป่วยฝึกบ่อยๆ โดยการกระตุ้นจากผู้ดูแล และผู้วิจัยสอนผู้ดูแลให้ออกกำลังกายเคลื่อนไหวแขน-ขา ด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเองในด้านปกติ และเน้นให้ผู้ป่วยใช้แขนทั้งสองข้างทำงานร่วมกันในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งการฝึกลักษณะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามที่ต้องการได้ สามารถเคลื่อนไหวได้ในที่สุด (จงจินตน์ รัตนานินท์ชัย และคณะ, 2541) ดันแคน และคณะ (Duncan et al, 1998) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง และระดับรุนแรงที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 30-90 วัน จำนวน 22 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยให้โปรแกรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการศึกษาของสุริย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2545) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพพบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นการรับรู้ความผาสุกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การได้รับการพึ่งพา การมีส่วนร่วมในสังคม ได้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และรอดเจอร์ และคณะ (Rodgers et al, 1999) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล สอนวันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยจำนวน 66 ราย ผู้ดูแล 65 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีคะแนนความรู้มากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพเมื่ออยู่บ้านอาจกล่าวได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีความสนใจในประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนและเกิดการปรับตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เป็นการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันประสาทวิทยา. 2545 : 126, อรฉัตร โดษยานนท์. 2539 : 148) และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีที่เกิดกับตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำงานเป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสุข การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดการรับรู้ทางจิตใจ (Psychological well-being) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Body image concerns) ดีขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเองประสบอยู่และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ และการรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวที่ผู้ดูแลกระตุ้นช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในด้านการคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (Social concerns) (Padilla & Grant. 1985 : 236)

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนความรู้ผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง จำนวน 9 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการฝึกปฏิบัติพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะในการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีดัชนีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ได้แนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำไปส่งเสริมและพัฒนาการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เป็นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง มีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และสามารถทำคุณประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมได้ตามกำลังความสามารถ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำเกี่ยวกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรได้

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการอื่นๆ เช่นระดับความพิการเล็กน้อย ระดับความพิการรุนแรง ระดับความพิการรุนแรงมาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความพิการและคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับความพิการของโรค

3. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้น เพื่อเป็นการติดตามถึงการคงอยู่ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### บรรณานุกรม

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. การฟื้นฟูสมรรถภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

ณัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.

น้อมจิตต์ นวลเนตร์. อัมพาตครึ่งซีก : ท่านสามารถช่วยเขาได้. กรุงเทพฯ : เอมีเทรตติ้ง, 2545.

นันทพร ศรีนิม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.

นิพนธ์ พวงนรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.

ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์. ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

พัชรวิมล คุปต์รัตติกุล. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : โอลิสติก พับลิชชิ่ง, 2543.

วิจิตรา กุสมภ์. “แนวโน้มนิยมใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,” วารสารกึ่งการณย์. 8(2) : 15-18; 2544.

- วีณา ลิ้มสกุล. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงศึกษาธิการ, 2545.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สถิติสาเหตุการตาย, [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : [http : www.nso.go.th/nso/data/data23/stat](http://www.nso.go.th/nso/data/data23/stat), (18 ตุลาคม 2553).
- สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟูเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เทคนิค19, 2539.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง, 2543.
- อรฉัตร โตทยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : เทคนิค 19, 2539.
- Agency for Health Care Policy and Research. Post-stroke rehabilitation guideline panel : Clinical practice guideline [Electronic version]. Retrieved November, 2004, from [http ://www.Emedicine.com/pmr/topic\\_63.htm](http://www.Emedicine.com/pmr/topic_63.htm), 1996.