



ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ  
ในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ  
ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of Educative Supportive Nursing System Program on  
Caregivers' Caring Capabilities and Abilities to Perform  
Activities of Daily Living of Muslim Stroke Patients.

วีนิตา ประทีปวัฒนพันธ์

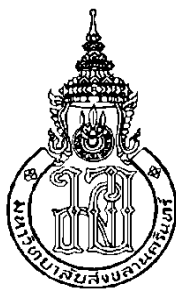
Wineeta Prateepwattanaphan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner  
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ  
ในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ  
ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of Educative Supportive Nursing System Program on  
Caregivers' Caring Capabilities and Abilities to Perform  
Activities of Daily Living of Muslim Stroke Patients.

วีนีตา ประทีปวัฒนพันธ์

Wineeta Prateepwattanaphan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner  
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)	.....ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์)	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์)
	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ)
	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตบุญท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาววินิดา ประทีปวัฒนพันธ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2563

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 64 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำไปทดสอบความเที่ยงในผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง นำไปใช้กับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างคะแนนการประเมินของผู้ประเมินสองคน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติทดสอบทีคู่ และทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -34.73, p < .00; t = -26.72, p < .00$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.86, p < .00; t = 7.93, p < .00$ )

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบท

<b>Thesis Title</b>	Effects of Educative Supportive Nursing System Program on Caregivers' Caring Capabilities and Abilities to Perform Activities of Daily Living of Muslim Stroke Patients
<b>Author</b>	Miss Wineeta Prateepwattanaphan
<b>Major Program</b>	Community Nurse Practitioner
<b>Academic Year</b>	2020

### ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to determine the effects of the Educative Supportive Nursing System Program on caregivers' capabilities in caring for Muslim stroke patients, and on the patients' abilities to perform Activities of daily living (ADL). The sample consisted of 64 caregivers and newly diagnosed stroke patients, recruited through purposive sampling according to specific inclusion criteria. They were assigned into two groups, experimental and control groups, with 32 per group. The experimental group received the Caregivers Educative Supportive Nursing System Program, developed by the researcher based on Orem's educative supportive nursing system theory, for eight weeks, and the control group received the usual care. The research instruments comprised: 1) experiment instrument which was the Caregivers Educative Supportive Nursing System Program, and 2) data collection instruments including a demographic data and health information of caregivers and Muslim stroke patients form, caregiver capabilities in caring for Muslim stroke patients assessment form, and the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index of Muslim stroke patients assessment form. All instruments were validated for their content validity by three experts. The reliability of the caregiver capabilities in caring for Muslim stroke patients assessment form was tested by 20 caregivers of stroke patients using Cronbach's alpha coefficient, which yielded the value of 0.97. The reliability of the Barthel ADL index assessment form was tested in 20 Muslim stroke patients using the Inter-rater reliability, which yielded the inter-rater reliability (IRR) of 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

Results revealed that the mean scores of caregivers' capabilities in caring for Muslim stroke patients and of stroke patient ability in ADLs in the experiment group at posttest were both significantly higher than at pretest ( $t = -34.73$ ,  $p < .00$ ;  $t = -26.72$ ,  $p < .00$ ). As well, the mean score of caregivers' capabilities in caring for Muslim stroke patients and stroke patient ability in ADLs at posttest of the



experimental group were significantly higher than that of the control group ( $t = 16.86$ ,  $p < .00$ ;  $t = 7.93$ ,  $p < .00$ ).

Findings of this study indicate that the Caregivers Educative Supportive Nursing System Program is effective in promoting caregivers' capabilities in caring for stroke patients and thus improves stroke patient's abilities in activities daily living. It could be applied in new Muslim stroke patients after discharge from hospital. However, this program may need to be modified to be utilized in other contexts.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความอนุเคราะห์ของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตานุหนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ที่ดูแลเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำทุกขั้นตอน ถ่ายทอดความรู้ให้อย่างเต็มที่ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมภาพร ปุณฺณโสพรรณ และคุณธัญพร สมันตรัฐ ที่สละเวลาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสม และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาชี้แนะและให้แนวคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงแก้ไขในวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ และคอยช่วยเหลือผู้วิจัยระหว่างการศึกษานี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมงาน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในด้านการทำงาน และการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษานี้ จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อคะแนน คุณแม่ฐิติมาและครอบครัว ที่ปลูกฝังให้เห็นคุณค่าทางการศึกษา และสนับสนุน ให้กำลังใจเสมอมา พร้อมทั้งเป็นแรงบันดาลใจ คอยผลักดันช่วยเหลือให้มีพลังผู้วิจัยตลอดการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงขอขอบคุณคู่สมรสสำหรับกำลังใจสนับสนุน และดูแลช่วยเหลือผู้วิจัยโดยตลอด จนประสบความสำเร็จ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจน พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ พยาบาลทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ด้วยดีเสมอมา รวมถึงทุกกำลังใจ ทุกความช่วยเหลือที่หลายท่านมีให้ผู้วิจัยตลอดการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ได้หมดในที่นี้

ความสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบคุณพระองค์อัลเลาะห์ ที่ให้พลังกายพลังใจและพยายามต่อสู้อุปสรรค ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยความรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ล้วนเป็นความรู้ที่มาจากพระองค์ทั้งสิ้น รวมถึงผู้วิจัยขอขอบแต่ผู้มีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ทุกท่าน พร้อมทั้งขอบเป็นนิตยทาน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการใช้โปรแกรมดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
<b>บทที่ 1</b> บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
<b>บทที่ 2</b> บรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ	
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	22
การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง	38
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	47
<b>บทที่ 3</b> วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	55
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
<b>บทที่ 4</b> ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	67
ผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผลการวิจัย.....	74

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะ.....	85
เอกสารอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	98
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	99
ข แผนการสอนโปรแกรม.....	101
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	119
ง แบบฟอร์มพิกซ์สิทธิการร่วมวิจัย.....	138
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	142
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	143
ช เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	145
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	146
ประวัติผู้เขียน.....	147

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	68
2	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ.....	70
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล.....	73
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	74
5	ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย.....	141
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล.....	143
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล.....	144

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2	สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลองวิจัยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	64

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [Stroke]) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน นอกจากนี้ คาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization [WHO], 2016) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของคนไทย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีอุบัติการณ์ในเพศหญิง สูงกว่าเพศชายและในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 252.59 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2547 และเพิ่มเป็น 354 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2557) และจากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชาย และเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง (สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูล พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูล พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 คือ 188.03, 226.70 และ 252.33 ตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน คือ 22.23, 24.74 และ 32.03 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี (Health Data Center จังหวัดสตูล, 2560) จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

สภาวะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงของผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเองลดลง โรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างตามตำแหน่งการเกิดบาดเจ็บของเนื้อสมองและมีความพิการหลงเหลือ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคของ

ผู้ป่วยแต่ละราย เมื่ออาการดีขึ้นยังมีความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ (Hickey, 2007) ส่วนใหญ่เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตครึ่งซีก รวมทั้งอาจมีอาการทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย เช่น ปัญหาการเคี้ยวและการกลืนอาหารผิดปกติ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ส่งผลทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น และอาจเกิดแผลกดทับหรือบวม ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก ถ้าหากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้ข้อต่างๆ เหยียดลำบาก ข้อยึดติด ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงและอาจเกิดแผลกดทับตามมา ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาความจำเสื่อมหรือสับสน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ในกิจวัตรประจำวัน ปัญหาระบบขับถ่าย ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการกลืนปัสสาวะ โดยกลืนปัสสาวะไม่อยู่และมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง และผู้ป่วยจะมีปัญหาท้องผูก ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงอันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกายหรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำไม่เพียงพอ เป็นต้น (จิตติมา, 2560) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ เช่น ระบบประสาทและสมอง ทำให้มีอาการชัก สูญเสียประสาทรับความรู้สึก ระบบกระดูกและข้อ ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลง สูญเสียการทรงตัว ข้อยึดติด ส่วนระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดการไอขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ ปอดอักเสบ ระบบผิวหนังทำให้เกิดอาการบวม แผลกดทับ ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดอาการใช้ ปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ ปัสสาวะไม่ออก ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (สุชาติ, 2554) นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดหลอดเลือดสมองแบบทุติยภูมิหรือภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตซ้ำ (secondary stroke) ทำให้ลูกหลานจนเกิดความพิการรุนแรงมากขึ้นหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว (สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยแบบทดแทนให้ทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดและอยู่ในภาวะพึ่งพาน้อยลง

ผู้ดูแลหรือผู้ให้การช่วยเหลือที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย (วาสนา, 2559) โดยเฉพาะผู้ป่วยมุสลิมที่มีวิถีชีวิตที่ยึดถือหลักคำสอน ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีที่เคร่งครัดว่าสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสและบุตรหลาน ต้องให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทั้งในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วย (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) จากการศึกษาของบาแกสและคณะ (Bakas, et al, 2002) พบว่าผู้ดูแลมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม และพบว่าร้อยละ 74 ของผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปพักฟื้นที่บ้านนั้นไม่ใช่การสิ้นสุดกระบวนการรักษาผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากการรับรู้และสั่งการไม่ได้



(จรรยา, 2554) โดยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วจะทำให้การฟื้นตัวช้าลงและการฟื้นฟูสภาพเป็นการเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่อาจยังมีความบกพร่องทางกายหลงเหลืออยู่ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพเพียงพอ (จุฬารวี, ศิริกาญจน์ และวราภรณ์, 2560) และจากการศึกษาของสมนึก, สิริวรรณและกฤษณี (2554) พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาหลายด้านเมื่อกลับจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการดูแลแล้วแต่จำไม่ได้ (ร้อยละ 43.5) ผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติหรือดูแลไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ร้อยละ 30.9) และจากการศึกษาของขวัญตา, ธิรัตน์, อรุณีและนิมิตศุตรา (2560) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน พบว่าความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ได้แก่ 1) ต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 2) ต้องการญาติมาแบ่งเบาภาระในการดูแล 3) ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ 4) ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและเกิดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2559) ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแล ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น จากเดิมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การให้ความรู้ คำปรึกษา การสนับสนุนและการชี้แนะจากทีมสหวิชาชีพหลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จะช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (Dai & Gyi, 2009) และการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลยังส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ (2558) ศึกษาโปรแกรมการสอนชี้แนะผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นจากเดิม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่ามีการนำแนวความคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนของ โอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล เพื่อช่วยส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย วิธีการส่งเสริมความสามารถ 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และ การจัดสิ่งแวดล้อม (ขวัญใจ, 2556; จุฬารวี, ศิริกาญจน์, และวราภรณ์, 2560; พัชราภรณ์, 2558; มยุรี, 2559; วาสนา, 2559; สวรินทร์ วัลภา และเขมมาตี, 2556) 1) การสอน มีการสอนให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการดูแล และการใช้สื่อต่างๆ เช่น วีดิทัศน์ แผ่นพลิก ภาพนิ่ง โดยส่วนใหญ่จะสอนและฝึกทักษะก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาของพัชราภรณ์ (2558) พบว่า การสอนและฝึกทักษะตามความสนใจของผู้ดูแลแต่ละคน ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เพิ่มเติมมากขึ้น ส่วนการให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้ประสบการณ์จริง และช่วยเพิ่มความเข้าใจ สามารถจดจำได้นานขึ้น จนเกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2) การชี้แนะ ให้คำแนะนำ โดยให้ทางเลือกหรือแนวทาง ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น การจัดการปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และรับทราบถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ดูแล (จุฬารวี, ศิริกาญจน์ และวราภรณ์, 2560) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจและเลือกใช้วิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (สารินทร์, วัลภา, และเขมรดี, 2556; Wingate – Lackey, 1989) 3) การสนับสนุน ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจ และกล่าวคำชมเชย รวมถึงการให้สิ่งของวัตถุต่างๆ เช่น คู่มือเพื่อให้อ่าน ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้นและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (ขวัญใจ, 2556) และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (นัยน์พร, 2559) และประยุกต์ใช้วัสดุและอุปกรณ์ที่มีในบ้านหรือในท้องถิ่น นำมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (พรชัย, 2556) โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลที่จำเป็น 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในระยะแรก (สุชาวดี, 2560) ได้แก่ 1) การดูแลด้านการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหากลืนลำบากทำให้การเคี้ยวและการกลืนอาหารไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักสูง (ลัดดา, 2555; สุชาวดี, 2558) รวมทั้งได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ โดยสอนทักษะการเคี้ยว การกลืนอาหารให้กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (พิราลักษณ์, 2559) รวมทั้งดูแลการจัดทำที่เหมาะสมในขณะรับประทานอาหาร และจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร (บุญญา, 2553) 2) การดูแลด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living หรือ ADL) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือการทรงตัว การออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อการบำบัดรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับร่างกายหรือแขนขาเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (พัชราภรณ์, 2558) การฝึกให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่มองว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (วาสนา, 2559) 3) การดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่าผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้ป่วยบางรายมีการนอนที่เปลี่ยนไป เนื่องจากผู้ป่วยเสียการรับรู้ การรู้สึกตัว และการรับรู้ไม่สมบูรณ์ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ (สวรินทร์, วัลภา, และเขมาเรตี, 2556) และผู้ป่วยถูกจำกัดให้อยู่ที่เตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย วิตกกังวล จนทำให้การนอนหลับได้น้อยลง โดยปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อเนื้อให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพยากขึ้น (ลิวรรณ, 2553) และ 4) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเครียดที่ต้องเผชิญกับภาวะพิการของร่างกาย และอาจเกิดจากพยาธิสภาพของสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (frontal lobe) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ ท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ (นันทกาญจน์, 2559) ดังนั้นจึงต้องมีการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมความมั่นคงด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน จากโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุขชาติ (2560) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การส่งเสริมพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีจุดเด่น คือ 1) มีรูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมการดูแลที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มีการนำวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ฝึกทักษะและปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม 3) มีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลทันที หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับพักฟื้นที่บ้าน และมีการส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแลใน 3 ระดับ เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้เข้าใจสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพกลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด และ 4) โปรแกรมนี้ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 25 ราย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่าผู้ดูแลมีทักษะการดูแลเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน และผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรมเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้นี้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่ว ๆ ไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดวิธีการดำเนินชีวิตและหลักปฏิบัติของมุสลิมมาสอดแทรกในส่วนของการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของมุสลิม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

วิถีชีวิตประจำวันที่ยึดถือตามหลักการอิสลามในด้านความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของมุสลิม รวมทั้งมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ยึดมั่นและศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์อย่างเคร่งครัด จึงถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในทุกด้านและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของบุคคลในสังคมนั้นๆ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551) และ 5) ปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมจาก 4 สัปดาห์เป็น 8 สัปดาห์ เนื่องจากมีข้อเสนอแนะให้ปรับระยะเวลาในการส่งเสริมความสามารถให้มากขึ้น และเพื่อให้เห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะช่วยผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องภายใต้บริบทของมุสลิม รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากผู้ดูแล ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

### คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้หรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้หรือไม่

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้ 3 แนวคิดหลัก คือ (1) แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (2) การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน โดยปรับจากโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) และ (3) วิธีการดำเนินชีวิตของมุสลิม โดยมีรายละเอียดการประยุกต์ใช้แนวคิดในการกำหนดกิจกรรมและเนื้อหาในโปรแกรม ดังนี้

1. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่กระทำได้ ส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) จึงมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลและผู้ดูแล (dependent care agent) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล โดยผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ที่ช่วยส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 4 วิธี ดังนี้

1.1 การสอน เป็นวิธีการให้ความรู้และฝึกทักษะ รวมถึงการให้ข้อมูล ความรู้ใหม่ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะที่จะช่วยแก้ไขปัญหา และสอนเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่รู้ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

1.2 การชี้แนะ เป็นวิธีการให้คำแนะนำ ทางเลือกและข้อมูลที่จำเป็น การให้คำปรึกษา การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคแก่ผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลในการคิดตัดสินใจ และเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาล

1.3 การสนับสนุน เป็นวิธีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุนและเสริมแรงคำชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลสามารถกระทำได้ เพื่อทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และหากมีข้อสงสัยผู้ดูแลสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยและสมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล เพื่อใช้ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย

ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยส่งเสริมการนำวิถีการเนนชีวิตของมุสลิมมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวังไว้

อีกทั้งผู้วิจัยได้นำโครงสร้างความสามารถในการดูแล (self care agency) ในส่วนที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่จำเป็น โดยผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และผลจากการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการคิดตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลพิจารณาปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการวางแผน ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและประเมินผล โดยผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อม จัดสิ่งแวดล้อม วางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในช่วงเวลาที่กำหนด

2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน พัฒนาและปรับเนื้อหาจากโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยได้ปรับและสอดแทรกเนื้อหาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม

3. แนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม มาสอดแทรกและบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ดังนี้

3.1 การรับประทานอาหาร หลักการบริโภคอาหารตามหลักการศาสนาอิสลาม มุสลิมต้องเลือกรับประทานอาหารที่ศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ โดยปฏิบัติตามจริยวัตรของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ถือว่าเป็นซุนนะฮฺ (แบบอย่างการปฏิบัติตามคำสอนของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) และเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับ) คือ การส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารที่ฮาลาล (อาหารหรือสิ่งที่อนุมัติ) และต้องยิบัน (มีคุณค่าทางโภชนาการ) (มาตีฮะห์, 2560; ยูซูฟ และสุภัทร, 2551)

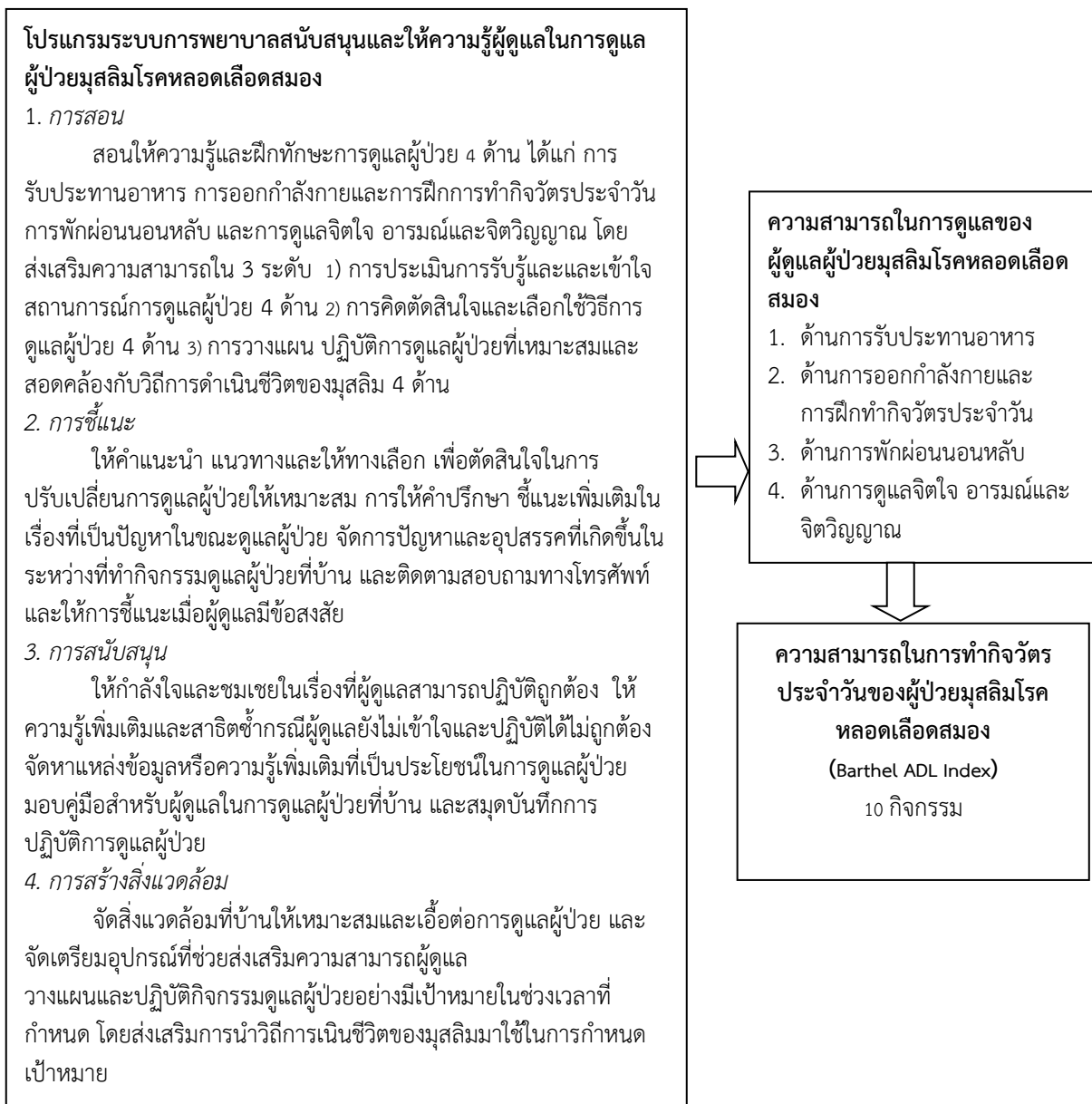
3.2 การออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการออกกำลังกาย ต้องไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม คือ เจตนาให้ร่างกายแข็งแรง โดยออกกำลังกาย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนที่ได้จากอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮฺ) ที่มุสลิมจำเป็นต้องปฏิบัติ คือ การละหมาด ซึ่งถือเป็นรูปแบบการออกกำลังกายอย่างหนึ่งและเป็นหลักการปฏิบัติของอิสลาม โดยประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) ซึ่งลักษณะการปฏิบัติมีความใกล้เคียงกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (สุพิณญา, 2553) และ 2) ส่วนที่ได้จากการออกกำลังกาย (อัตุลการ์ม, 2555)

3.3 การนอนหลับพักผ่อน การจัดท่านอน การฟังอัลกุรอาน การกล่าวดุอาร์ก่อนนอน และดุอาร์ตื่นนอน (รอฮานา, 2552) การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและมีแสงสว่างน้อย เพื่อช่วยในการนอนหลับ

3.4 การดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งหลักการอิสลามได้ส่งเสริมให้มีการทำจิตใจให้เป็นสุขอยู่เสมอ ผ่อนคลายความเครียด และปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติ คือ การปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮฺ) ได้แก่ การละหมาด การอ่านหรือฟังอัลกุรอาน และการกล่าวดุอาร์ (ขอพร) เป็นต้น รวมถึงการระลึกถึงองค์อัลลอฮฺ (ซิกรุลลอฮฺ) การมอบหมายต่ออัลลอฮฺ การระงับความโกรธ (ขอป้อ) และการให้อภัย เพื่อทำให้จิตใจสงบ จิตใจสบาย (รอฮานา, 2552)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดผลของโปรแกรม 2 ส่วน คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ระดับ และความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม (ADLs) ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมการดูแลลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การกลืนปัสสาวะใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การกลืนอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การเคลื่อนย้ายตัวเองลงนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน และการขึ้นลงบันได การให้ความรู้ คำปรึกษา จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องพบว่าการสนับสนุน การชี้แนะจากทีมสหวิชาชีพหลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จะช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Dai & Gyi, 2009) ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (วาสนา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ (2558) ศึกษาโปรแกรมการสอนและชี้แนะผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ พบว่าส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น จากเดิม

จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังกล่าวสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด (Conceptual framework)



## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

## นิยามศัพท์

โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ชุดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive educative system) มาใช้ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับนำความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยปรับเนื้อหาจากกิจกรรมการดูแลในโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) โดยให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและหลักปฏิบัติของมุสลิม โดยมีระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 4 ครั้ง

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยประเมินความสามารถใน 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร (Feeding) 2) กิจกรรมการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming) 3) การอาบน้ำ (Bathing) 4) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 5) การใช้ห้องสุขา

(Toilet use) 6) การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 7) การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 8) การเคลื่อนย้ายตัวเองลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 9) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) และ 10) การขึ้นลงบันได (Stairs) ประเมินโดยใช้แบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of Activities of Daily Living : Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนามาจากมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel [1996]) และได้แปลแบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นฉบับภาษาไทยโดยชวลี (2538)

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตั้งแต่หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนถึงเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่เกิน 3 เดือน และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา อยู่ในเกรด 3 ขึ้นไป โดยทำการศึกษาในเขตพื้นที่จำนวนสองอำเภอในจังหวัดสตูล และเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2563

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถนำไปใช้ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วย และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.4 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.1 ความสามารถเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรม (Orem, 2001)
  - 2.2 การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการของอิสลาม
  - 2.3 การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.5 การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
3. การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.1 วิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
  - 3.3 โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.4 ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
4. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 1.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันเนื่องจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือด ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณเนื้อสมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองค่อยๆ เสื่อมตายลงในที่สุด เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการสั่งการของสมองส่วนนั้น ทำให้มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง มีผลทำให้แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ได้ หน้าชาหรือความรู้สึกบางอย่างหายไป เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว การกลืนหรือพูดลำบาก การเห็นภาพเสียไป เป็นต้น บางคนอาจมีอาการชนิดถาวร เรียกว่าอัมพาต หรือเป็นเพียงชั่วคราว เรียกว่า อัมพฤกษ์ ทำให้เกิดการพึ่งพาขึ้นอยู่กับกรถูกทำลายของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองแตก มีรายละเอียดดังนี้ (ก้องเกียรติ, 2550; เกรียงศักดิ์, 2553; วราภรณ์, และวิลาวัลย์, 2556)

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80-85 โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) อาการเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือด ส่งผลให้เนื้อสมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการทางสมองขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด (ก้องเกียรติ, 2550) สาเหตุของหลอดเลือดตีบตันเกิดได้จาก

1.1 ความผิดปกติของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแข็ง เรียกว่า Atherosclerosis เกิดจากมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงจนมีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง การเกิดหลอดเลือดแข็งนี้ พบได้มากในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย คือ อาการอัมพาตครึ่งซีก ผู้ที่มีโรคต่างๆ ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจัด เนื่องจากหลอดเลือดดังกล่าวทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (เกรียงศักดิ์, 2553)

1.2 ลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณดังกล่าว แต่มีสาเหตุมาจากเกิดลิ่มเลือด (emboli) ซึ่งอยู่ในตำแหน่งส่วนต้นของหลอดเลือด ที่อยู่นอกสมองหลุดลอยตามกระแสเลือดไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดและเซลล์สมองตาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากที่สุดทันที และเมื่อลิ่มเลือดมีการละลายหรือหลุดเลือนออก ส่งผลทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้น

หัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้ จะทำให้มีลิ้มเลือด คือ เลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ้มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการอุดตัน (เกรียงศักดิ์, 2553)

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากผนังหลอดเลือดสมองขนาดเล็กมีการโป่งพอง ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายจนทำให้เลือดออก ซึ่งเลือดที่แตกออกมามีการรวมตัวเป็นก้อนเลือด (hematoma) จากนั้นจะเข้าไปเบียดแทนที่บริเวณเนื้อสมองที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองมีการถูกเบียดหรือกดจนเกิดการอักเสบของเซลล์เนื้อสมองและทำให้สมองขาดเลือดจนเกิดสมองตายในที่สุด (วารสารณ์, และวิลาวัลย์, 2556) โรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งเป็น

2.1 หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมอง เกิดพยาธิสภาพมักขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเลือดที่มีการแตกเข้าไปในเซลล์เนื้อสมอง พบได้ร้อยละ 10-15 (เกรียงศักดิ์, 2553) สาเหตุเกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จนทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันที เนื่องจากมีเลือดมาคั่งและทำลายเนื้อสมองในบริเวณที่แตก เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองส่วนนั้นทำงานผิดปกติเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติและสัญญาณชีพ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมองผู้ป่วยอาจหมดสติ หรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (วารสารณ์ และวิลาวัลย์, 2556)

2.2 หลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid พบได้ร้อยละ 5 -10 (เกรียงศักดิ์, 2553) สาเหตุมักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ ทำให้ปวดศีรษะรุนแรงอย่างมาทันทันที มีอาการอาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ บางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วะยะแรก จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน (วารสารณ์ และวิลาวัลย์, 2556)

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองแตก อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพของสมองของผู้ป่วย กล่าวโดยสรุปการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดร่วม ซึ่งอาการทางสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 1.2 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้มีปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หากการดำเนินโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงขึ้น การทำหน้าที่ด้านร่างกายเสื่อมถอยเร็วขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

ของโรคเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง (Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008) การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับเคลื่อนไหวและการควบคุมกล้ามเนื้อ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลา สมองส่วนหน้า เปลือกสมองหรือสมองน้อย ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การทำงานของกล้ามเนื้อ ควบคุมการทรงตัว ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) บางครั้งโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวอาจรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เลย อาการนี้เรียกว่า อัมพาต (paralysis) โดยหากมีพยาธิสภาพในสมองซีกขวาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายของร่างกาย ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงในซีกขวา แสดงว่าเกิดพยาธิสภาพในสมองซีกซ้าย ปัญหาในการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ถ้าหากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จะทำให้ข้อต่างๆ เหยียดลำบาก ข้อยึดติด และแผลกดทับตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงหรือไม่ได้เลย รวมทั้งการเคลื่อนย้ายและการเคลื่อนที่ของผู้ป่วย (กิงแก้ว, 2550)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนอินฟีเรียพรีเซลล์ทรีล และโพสเซลล์ทรีล จะทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก หากเกิดรอยโรคที่สมองส่วนไฮโปทาลามัสและลิมบิก และความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร หากเกิดรอยโรคที่สมองส่วนซีรีเบลลัมและความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ที่ควบคุมเกี่ยวกับกล้ามเนื้อการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติเหล่านี้ ทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตัวอาหารได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ส่งผลทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น และอาจเกิดแผลกดทับหรือบวมตามมา (กมลทิพย์, 2550)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย พบได้ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เนื่องจากบริเวณส่วนสมองซีกซ้ายที่สำคัญในการควบคุมเกี่ยวกับภาษาทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการพูด การรู้ไวยากรณ์บางอย่าง ความสามารถในการจดจำ การเรียนภาษาโดยการท่องจำ โดยความบกพร่องที่พบมีสองลักษณะ ดังนี้ (กิงแก้ว, 2550)

หากเกิดมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำหน้าที่สร้างคำพูดออกมา สมองส่วนนี้ยังควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียงได้ ทำให้ไม่สามารถนึกถึงคำพูด และเสียงออกตามความหมายที่ต้องการได้ ลักษณะของผู้ป่วย คือ มีการรับรู้ดี รู้เรื่อง เข้าใจคำถามหรือคำสั่ง แต่พูดไม่ได้ตามความหมายที่ต้องการได้ ทั้งๆ ที่อวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงสมบูรณ์มีสภาพปกติ

หากเกิดการทำลายบริเวณเวอร์นิเก (Wernicke's area) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทรับความรู้สึกและการเลือกคำพูด ซึ่งทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน ลักษณะของผู้ป่วย คือ บกพร่องการฟัง การเข้าใจคำพูด และอ่านหนังสือ ทำให้ผู้ป่วยพูดทวนคำไม่ได้ แต่จับใจความไม่ได้ ไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของได้ และไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด โดยผู้ป่วยจะพูดได้อย่างคล่องแคล่ว แต่เนื้อหาของคำพูดไม่สามารถเข้าใจได้ เนื่องจากการใช้ภาษาที่ผิดไปจากปกติ

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา เป็นปัญหาที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกันได้ (Hickey, 1986) จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ซ้ำๆ เดิม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถป้องกันอันตรายด้วยตนเองได้

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้ป่วยบางรายมีการนอนที่เปลี่ยนไป เนื่องจากผู้ป่วยเสียการรับรู้ การรู้สึกตัว และการรับรู้ไม่สมบูรณ์ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ และการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดให้อยู่ที่เตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย วิตกกังวล จนทำให้นอนหลับได้น้อยลง โดยปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อเนื้อให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพยากขึ้น (ลิวรรณ, 2553)

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก ความผิดปกติที่พบบ่อย คือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และความผิดปกติในการกลั้นปัสสาวะ แต่ในบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด เนื่องจากความผิดปกติของการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งเกิดปัจจัยร่วมกับผลของโรคในสมองที่บริเวณสมองส่วนพอนทาล (frontal lobe) ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ขณะที่โรคบริเวณก้านสมองส่วนพอน (pons) ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ความจุลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่าผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกาย หรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำไม่เพียงพอ ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าการขับถ่ายอุจจาระได้ (ลิวรรณ, 2553)

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบ คือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย จากการศึกษาของเบร์ดีแฟรงค์ และวอล์ฟ (1981) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน และเพศหญิง 11 คน โดยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 สัปดาห์ พบว่าความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยเพศชาย สำหรับเพศหญิงมีน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลงและไม่ถึงจุดสุดยอด (กิงแก้ว, 2550)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะความเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพราะความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียความสามารถและภาพลักษณ์ของตนเอง มีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเป็นภาระสำหรับบุคคลอื่น เนื่องจากความเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ทำให้มีความผิดปกติและความพิการของร่างกาย รวมทั้งความบกพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองลดลง ส่งผลให้ความกลัว และความวิตกกังวลตามมา (จรรยา, 2554)

3. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ ท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจที่จะต่อสู้สิ่งต่างๆ ผู้ป่วยที่มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณก่อนเจ็บป่วย จะสามารถควบคุมตนเองและเผชิญปัญหาได้อย่างมีความสุขได้ แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณมาก่อน จะมีความต้องการการช่วยเหลือ ผู้ป่วยดังกล่าวต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวที่มั่นคงด้านจิตใจ ดังนั้นศาสนาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะคำสอนทางศาสนา จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต และคนส่วนใหญ่มีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาเบื้องต้นอยู่แล้ว การนำหลักการศาสนามาช่วยส่งเสริมแนวทางการปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ และมีความสุขมากขึ้น (เจียมจิต, 2544; ญัฐชา, 2550)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย ครอบครัวต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย จากบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มเข้ามาก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (จรรยา, 2554)

5. ผลกระทบด้านสังคม ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเจ็บป่วย และ ความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงความบกพร่องในการสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้การปรับตัวและร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะรู้สึกแยกตัวจากสังคม รู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว และเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ หลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เช่น วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจที่แย่ง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม การเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่น เป็นต้น (สุดศิริ, 2541)

6. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยจะสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามสิทธิของตนเอง แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ดังนั้นทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะใด จึงมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น บางราย



ที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องลาออกจากงานหรือหยุดกิจการ เพื่อรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยเองไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้สูญเสียรายได้ที่เข้าสู่ครอบครัว ส่งผลให้สถานะทางการเงินเกิดปัญหาขึ้นได้ (สิริชชา รัชณี และหทัยชนก, 2553)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือบางรายไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้ กลายเป็นบุคคลพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการผู้ป่วยที่จำเป็นหรือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมา

### 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นพฤติกรรม การเรียนรู้ของบุคคลในการใช้ความรู้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบบริการ การใช้แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 2001) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ดังนี้

1. อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมาก จะมีความสามารถที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะถ้ามีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง เนื่องจากวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวและมีสมรรถภาพทางร่างกายบกพร่องจากโรคเหล่านั้น ผู้ป่วยอายุมากจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูง เนื่องจากสมรรถภาพร่างกายมีความบกพร่องตามวัย (พัชราภรณ์) ระยะเวลาในการฟื้นหายจากภาวะโรคจะใช้เวลา นานเกิน 6 เดือนขึ้นไป (วิษณุ, 2550) ดังนั้นอายุที่ต่างกัน ส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ต่างกัน

2. ระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเมื่อมีรอยโรคของสมองทั้งสองข้างหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้น ส่งผลให้มีความบกพร่องของสติสัมปชัญญะ การถ่ายปัสสาวะไม่ได้ การกลืนอาหารไม่ได้ ถ้านานเกิน 1 เดือน ร่วมกับมีอาการอ่อนแรงนานเกิน 3 เดือน จะทำให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยหรือมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จะทำให้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี (วิษณุ, 2550) ดังนั้นความเจ็บป่วยดังกล่าวแสดงถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคมก สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย จะส่งผลต่อความพิการที่หลงเหลืออยู่มาก จากการศึกษาของสวรินทร์, วัลภา, และเชมารตี, (2556) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีอัมพาตของแขนขาหลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยรับรู้ความพิการที่อาจรักษาไม่หาย และอาจมีความรุนแรงจากการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำ

ให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ แม้ระยะเวลาเกิน 6 เดือนแล้ว และผู้ป่วยมีการฟื้นฟูช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคเล็กน้อย

3. โรคประจำตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจอื่นๆ เป็นต้น โรคประจำตัวบางอย่างเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถส่งเสริมความสามารถด้านออกกำลังกายอย่างเต็มที่ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น (กิ่งแก้ว, 2550)

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ พบว่าการฟื้นฟูสภาพจะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในระยะ 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนแล้ว จะทำให้การฟื้นตัวช้าลงและการฟื้นฟูสภาพเป็นการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่อาจยังมีความบกพร่องทางกายหลงเหลืออยู่ (ฤกษ์ณา, 2550) และพบว่าการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จะเกิดขึ้นภายใน 3-6 เดือน โดยฟื้นตัวได้รวดเร็วช่วง 1-3 เดือนแรก ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจของผู้ป่วย และความช่วยเหลือจากผู้ดูแล (ปิยะภัทร, 2550) การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วัยแรก จะทำให้ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมความสามารถ เนื่องจากผู้ป่วยนอนนานๆ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วัยแรก ยังมีผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Tan et al., 2009)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการฟื้นฟูสภาพมีความจำเป็นและมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้ผลมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความร่วมมือของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

#### 1.4 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินที่วัดความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ทราบระดับความสามารถหรือความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งแบบประเมินที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นิยมใช้ มีดังนี้

1. The Instrumental Activity of Daily Living Scale (IADL) สร้างขึ้นโดย Lowton & Brody (1969) เป็นแบบประเมินวัดความสามารถในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน โดยวัดความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง แต่มีข้อจำกัด คือ การวัดคะแนนที่ให้เป็น

คะแนนที่ใช้สำหรับเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน การซักผ้า ซึ่งไม่มีคะแนนในเพศชาย

2. The Katz Index of ADL สร้างขึ้นโดย Kate, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe (1963) เป็นแบบประเมินวัดความสามารถหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการทำกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งมีการให้คะแนนความสามารถ 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยคนช่วยเหลือ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวนิยมใช้มากในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

3. Mix scales FIM score (Functional Independent Measure score) สร้างขึ้นโดย เวดและแลงตัน (Wade & Langton, 1987) เป็นแบบประเมินวัดความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 หมวด 2 ด้าน ได้แก่ 1) หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วยเรื่อง การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนตัวและใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัว 2) หมวดการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยเรื่อง การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเอง สู้อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได 3) หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ ประกอบด้วยเรื่อง การเคลื่อนที่จากเตียงสู่รถเข็นและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง 4) หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย ประกอบด้วยเรื่อง การขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ 5) หมวดการสื่อความหมาย ประกอบด้วย เรื่อง การสื่อภาษาทางด้านความเข้าใจ การสื่อภาษาในด้านการแสดงออก 6) หมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม ประกอบด้วยเรื่อง การรับรู้การตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา ความจำ ซึ่งจากคำถาม 6 หมวด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านร่างกาย จำนวน 13 ข้อ โดยอยู่ในหมวดที่ 1-4 และข้อคำถามเกี่ยวกับด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ โดยอยู่ในหมวด 5-6 รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน ดังนี้

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองทั้งหมด

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมบางส่วน ไม่เกินร้อยละ 25

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองบางส่วน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 75

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมทั้งหมด

แบบประเมินดังกล่าวนิยมใช้มาก และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีกิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างละเอียด ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .96

4. The Barthel ADL Index สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel (1992) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็น 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร (Feeding) 2) กิจกรรมการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming) 3) การอาบน้ำ (Bathing) 4) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 5) การใช้ห้องสุขา (Toilet use) 6) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 7) การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 8) การเคลื่อนย้าย

ตัวเองลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 9) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) 10) การขึ้นลงบันได (Stairs) นำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกัน จะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน สามารถแบ่งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนนรวมสูงมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าคะแนนรวมต่ำ มีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันออกเป็นช่วงคะแนนตามที่กำหนดไว้ ดังนี้

- 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

แบบประเมินดังกล่าวนิยมใช้มากในการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวนำไปใช้ในผู้ป่วยผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .91 และนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยผู้สูงอายุ จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .93 และนอกจากนี้ จูโร เกลียงเกลา (2541) ได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .87 และในการศึกษาของวาสนา (2559) ได้นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 และนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .93

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of Activities of Daily Living [ADL]) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ชวลี (2538) ซึ่งประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร (Feeding) 2) กิจกรรมการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming) 3) การอาบน้ำ (Bathing) 4) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 5) การใช้ห้องสุขา (Toilet use) 6) การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 7) การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 8) การเคลื่อนย้ายตัวเองลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 9) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) 10) การขึ้นลงบันได (Stairs) เป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายและมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือสูง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องของร่างกายในด้านต่างๆ หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและเกิดการดูแลรักษาต่อเนื่อง

## 2.1 ความสามารถเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001)

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถของบุคคลที่ปฏิบัติการดูแลบุคคลที่มีความต้องการพึ่งพา เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากผู้ที่ต้องการพึ่งพามีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีความต้องการดูแล แต่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ ส่งผลให้ความสามารถของบุคคลที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับคนที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้น บุคคลก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จะได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 3 ส่วน ดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นในการกระทำอย่างจงและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถจัดการกับบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ

2. พลังความสามารถที่เฉพาะ 10 ประการ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถ ซึ่งมีการเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงในการกระทำอย่างจงใจ ประกอบด้วย 1) ความเอาใจใส่ 2) ความสามารถควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำเป็นและสามารถปฏิบัติดูแลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 4) ความสามารถในการให้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล 6) มีทักษะในการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ 7) สามารถแสวงหาความรู้ในการดูแลจากบุคคลที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการของความคิด สติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อและสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 9) สามารถจัดระบบการดูแล และ 10) สามารถสอดแทรกการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตและการกระทำการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่จำเป็นที่ใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องบุคคลพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถผู้ดูแลที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา ประกอบด้วยความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมี 3 ระดับ ประกอบด้วย

- 3.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการรับรู้และตรวจสอบสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแสวงหาความรู้ การพัฒนาความสามารถที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลต้องทราบความหมายและวิธีตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้ง 3 ส่วน เป็นพื้นฐานระดับสูงต่อไป คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาร่วมกับพลังความสามารถที่เฉพาะในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นโครงสร้างที่อยู่ภายใต้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (สมจิต, 2543) รวมทั้งยังมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในส่วนที่ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) รวมทั้งมีการประเมินความสามารถของผู้ดูแล ภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถใน 3 ระดับ

## 2.2 การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการของอิสลาม

มุสลิมเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลาม มุสลิมสามารถดูแลตนเองตามหลักการของอิสลาม เพื่อให้เป็นมุสลิมที่สมบูรณ์ คือ มีความเชื่อและความศรัทธาว่าองค์อัลลอฮ์ เป็นพระเจ้าองค์เดียว โดยมุสลิมทุกคนต้องเชื่อและศรัทธาตามหลักการอิสลามว่า สรรพสิ่งบนโลกนี้ล้วนไม่สามารถที่จะให้คุณหรือให้โทษกับใครได้ เว้นแต่สรรพสิ่งบนโลกนี้ล้วนมาจากความประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ (ช.บ.) เพียงองค์เดียวเท่านั้น (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) และท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) คือ ศาสนทูตขององค์อัลลอฮ์ ดำเนินชีวิตตามคัมภีร์อัลกุรอาน และปฏิบัติตนตามแบบอย่างของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) อิสลามถือว่าการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของมุสลิมทุกคน ถือเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เพราะร่างกายของมุสลิมทุกคนเป็นร่างกายเป็นของขวัญจากองค์อัลลอฮ์ ดังนั้นการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเป็นหน้าที่ (วายิบ) ที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติเมื่อถึงคราวเจ็บป่วยต้องรักษา ส่วนการหายของโรคขึ้นอยู่กับกำหนัดสภาวะการณจากพระเจ้าเป็นเจ้าของ เพราะองค์อัลลอฮ์ ทรงกำหนดโรคและการเจ็บป่วยเพื่อทดสอบความอดทนของมุสลิมทุกคน ดังนั้นการเจ็บป่วยในหลักการของอิสลาม คือ ความเมตตาและบททดสอบของพระเจ้า (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) เมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องรีบบำบัด ห้ามท้อแท้เมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งมุสลิมทั้งหมดเป็นพี่น้องกัน เมื่อมีคนเจ็บป่วยต้องคอยให้กำลังใจกัน และช่วยกันดูแล เมื่อบุคคลใดเกิดการเจ็บป่วยให้ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลใกล้ชิดที่ต้องช่วยเหลือดูแลและถือว่าเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามหลักศาสนา (มุฮัมหมัดอาลี, 2544) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและต้องการพึ่งพา ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกใน

ครอบครัวยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของครอบครัวและเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งไม่ได้ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551)

องค์อัลลอฮ์ ได้ตรัสไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน ความว่า“และแน่นอน เราจะทดสอบพวกเจ้าด้วยสิ่งหนึ่งสิ่งใด จากความกลัว ความหวาด และความสูญเสีย (อย่างใดอย่างหนึ่ง) จากทรัพย์สินสมบัติ ชีวิต และพืชผล และเจ้าจงแจ้งข่าวดีแก่บรรดา ผู้อดทนเถิด คือ บรรดาผู้ที่เมื่อเคราะห์ร้ายประสบแก่พวกเขาแล้ว พวกเขาก็กล่าวว่า แท้จริงเราเป็นกรรมสิทธิ์ขององค์อัลลอฮ์ และแท้จริงพวกเราจะกลับไปยังพระองค์”(อัลบะเกาะเราะฮ์ 2 : 155-156)

ชาวมุสลิมเชื่อว่า มนุษย์แรกเกิด คือ สิ่งประเสริฐและสมบูรณ์ที่สุดที่องค์อัลลอฮ์ ทางสร้างและประทานมาให้ห้องค์อัลลอฮ์ สร้างมนุษย์ขึ้นมา 2 ส่วน คือ ร่างกายและจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณนี้เองที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์โลกอื่นๆ ดังนั้นชาวมุสลิมจึงให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณที่อยู่ภายในมากกว่าร่างกายภายนอก โดยชาวมุสลิมมีความเชื่อว่าถ้าจิตใจของคนๆ นั้น และยึดถือในแนวทางคำสอนของศาสนา ย่อมส่งผลให้ร่างกายของคนๆ นั้น แข็งแรงปราศจากโรคไปด้วย แต่ถ้าจิตใจของคนๆ นั้นไม่ศรัทธาในองค์อัลลอฮ์ ไม่บริสุทธิ์ปฏิบัติตัวตามหลักปฏิบัติของศาสนา ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา (พงค์เทพ และยูซุฟ, 2552)

การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลักการของอิสลามเมื่อมุสลิมประสบปัญหาความเจ็บป่วย จะต้องยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งที่อิสลามบัญญัติไว้ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย ดังนี้ (นิรัชรา และปัทมา, 2560; ศรีสุตา และคณะ, 2558)

1. ให้รับบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่เจ็บป่วย โดยวิธีการรักษาต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การตั้งภาคี การใช้สุราหรือยาต้องเหล้า เป็นต้น ส่วนการหายขึ้นกับองค์อัลลอฮ์ เท่านั้น มุสลิมจึงต้องวิงวอนและศรัทธาต่อพระเจ้า ต้องมีความอดทน มีความเชื่อมั่นมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวัง ในความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ เพราะทุกโรคมียารักษา พร้อมกันนั้นก็อย่าเสียใจหรือผิดหวัง ท้อแท้ หากการบำบัดนั้นไม่ได้ผล เพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ ซึ่งพระองค์อาจจะให้อะไรมากกว่าการหายของโรค หรือการหายจากโรคอาจทำให้เกิดผลเสียด้านอื่นกับบ่าวของพระองค์ได้

2. ความเจ็บป่วย เป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากองค์อัลลอฮ์ เป็นการทดสอบถึง ความอดทนในการบำบัดรักษา ทดสอบถึงระดับความศรัทธาที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่เข้าใจและมีความศรัทธา จะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ และจะวิงวอนขอพรจากองค์อัลลอฮ์ ให้หายจากโรค ถ้าหากผู้ป่วยไม่มีความเชื่อหรือเข้าใจเรื่องนี้ จิตวิญญาณของผู้ป่วยก็จะอ่อนแอ ท้อแท้ ไม่มีพลังต่อสู้ เกิดความเครียด ส่งผลต่อโรคทางกายที่มีอยู่หรือมีโรคใหม่แทรกซ้อน (มุสลิมทีเนเจอร์, 2558ก)

3. ความเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากองค์อัลลอฮ์ สำหรับผู้ที่อธรรมหรือฝ่าฝืนบทบัญญัติขององค์อัลลอฮ์ จะถือเป็นการลงโทษเพื่อให้สำนึกตัวและกลับเป็นคนที่ดีและศรัทธาในพระเจ้าต่อไป

4. ความเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตา ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตาย ดังนั้นเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ยึดติดกับวัตถุหรือทรัพย์สินสมบัติ เป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้หันกลับมามอง

ตัวเอง พิจารณาถึงสิ่งที่ผ่านมา ขอลุแกโทษในความผิดพลาดที่ผ่านมา ได้ปรับปรุงตัวเองก่อนที่ความตาย จะมาถึง ซึ่งไม่อาจแก้ไขได้แล้ว ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงถือเป็นความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ ที่มีต่อมนุษย์

5. อย่าสิ้นหวังหรือท้อแท้ อิสลามสอนให้ทุกคนมีจิตใจที่เข้มแข็งในการเผชิญ กับอุปสรรคต่างๆ อย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ อิสลามห้ามการทำร้ายตัวเอง ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เนื่องจากความเชื่อว่า มนุษย์แรกเกิด คือ สิ่งประเสริฐและสมบูรณ์ที่สุดที่องค์ อัลลอฮ์ทรงสร้างและประทานมาให้เพราะฉะนั้นการกระทำใดๆ ก็ตามมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติต่อมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถือเป็นข้อห้ามและเป็นบาปในศาสนาอิสลาม เช่น การสัก การศัลยกรรมความงาม รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มหรือการใช้อยาที่มีผลต่อสติสัมปชัญญะ เช่น แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดต่างๆ ดังนั้นแพทย์หลีกเลี่ยงการให้ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในผู้ป่วย มุสลิม การฆ่าตัวตายหรือการจงใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นจึงเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม

ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลักการของอิสลามจึงมีความสำคัญมาก ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการตอบสนองความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จะทำให้เกิดวิถีชีวิตความเป็นมุสลิมที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น

### 2.3 การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือด สมอง

โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการและความบกพร่อง ด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ และมีความบกพร่อง ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้าน พฤติกรรม และด้านอารมณ์ สังคม (จิตติมา, 2560) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถ ในการดูแลตนเองลดลงโดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็น สิ่งสำคัญและจำเป็น ในการฟื้นฟูสภาพควรดำเนินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่วะระยะเริ่มแรกของการเกิด โรค เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการฟื้นตัวของระบบประสาทที่ดีและช่วยปกป้องรักษาการทำงานของ กล้ามเนื้อและร่างกายที่ยังพอทำงานได้ไม่ให้แย่งลง และเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเพื่อป้องกันภาวะการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตซ้ำ (recurrent stroke) ตลอดจน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดตามมาได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลที่จำเป็น 4 ด้านเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะแรก (สุชาวดี, 2560) ได้แก่ 1) การดูแลด้านอาหาร เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหากลืนลำบากทำให้การเคี้ยวและการกลืนอาหารไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักสูง (ลัดดา, 2555; สุชาวดี, 2558) รวมทั้งได้รับอาหารไม่ เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอ รวมทั้งดูแลจัดทำในการรับประทานอาหาร และสอนทักษะการเคี้ยวการกลืนอาหารให้กับผู้ป่วย



เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (พิราลักษณ์, 2559) รวมทั้งการจัดท่าที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร และจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร (บุญญา, 2553) 2) การดูแลด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living หรือ ADL) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือการทรงตัว การออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อการบำบัดรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกายจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขยับร่างกายหรือแขนขาเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ (พัชรภรณ์, 2558) การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่มองว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า หรือไร้ความสามารถ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดเวลา และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตใจและสังคม (วาสนา, 2559) 3) การดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้ป่วยบางรายมีการนอนที่เปลี่ยนไป เนื่องจากผู้ป่วยเสียการรับรู้ การรู้สึกตัว และการรับรู้ไม่สมบูรณ์ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ (สวรินทร์, วัลภา, และเขมรดี, 2556) และการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดให้อยู่ที่เตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย วิตกกังวล จนทำให้นอนหลับได้น้อยลง โดยปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพยากขึ้น (ลิวรรณ, 2553) และ 4) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเครียดที่ต้องเผชิญกับภาวะพิการของร่างกาย และอาจเกิดจากพยาธิสภาพของสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (frontal lobe) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ ท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ (นันทกาญจน์, 2559) ดังนั้น จึงต้องมีการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมความมั่นคงด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น

การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่จำเป็นที่ใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องบุคคลพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย 3 ระดับ คือ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการรับรู้และตรวจสอบสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแสวงหาความรู้ การพัฒนาความสามารถที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลต้องทราบความหมายและวิธีตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) เป็นความสามารถของ

ผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

การศึกษานี้ได้มีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน โดยปรับเนื้อหาการดูแล 4 ด้านมาจากโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) ร่วมกับนำหลักการอิสลามเกี่ยวกับหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของมุสลิม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตประจำวัน ที่ยึดถือตามหลักการอิสลามในด้านความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของมุสลิม รวมทั้งมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ยึดมั่นและศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์อย่างเคร่งครัด จึงถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในทุกด้านและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของบุคคลในสังคมนั้นๆ (ยูซูฟ และสุภัทร, 2551) ซึ่งมีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลใน 3 ระดับ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของมุสลิม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

**1. ด้านการรับประทานอาหาร** เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานที่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย หลักการรับบริโภคอาหารตามหลักการศาสนาอิสลาม มุสลิมต้องเลือกรับประทานอาหารที่ศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ โดยปฏิบัติตามจริยวัตรของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ถือเป็นซุนนะฮ์ (แบบอย่างการปฏิบัติตามคำสอนของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) และเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับ) คือ การส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารที่ฮาลาล (อาหารหรือสิ่งที่ไม่อนุมัติ) เป็นอาหารที่ถูกต้องตามหลักอิสลาม ครอบคลุมทั้งชนิดอาหาร การแสวงหาอาหาร วิธีการปรุงอาหาร วิธีการบริโภคอาหาร และต้อยยิบัน (มีคุณค่าทางโภชนาการ) (ยูซูฟ และสุภัทร, 2551) ตามบทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวกับอาหารเพื่อการบริโภคนั้นมี 3 ประเภท คือ 1) อาหารฮาลาล หมายถึง อาหารที่อนุมัติ 2) อาหารหะรอม หมายถึง อาหารที่ไม่อนุมัติ 3) อาหารมัฆบูฮ์ หมายถึง อาหารที่ยังมีข้อเคลือบแคลงหรือน่าสงสัยที่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าฮาลาล หรือหะรอม จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ พิสูจน์และวินิจฉัย ซึ่งตามหลักการแล้วให้หลีกเลี่ยง ดังนั้นมุสลิมจะเคร่งครัดและให้ความสำคัญเรื่อง การรับประทานอาหารที่ฮาลาลมาก และรับประทานอาหารที่ดี (ต้อยยิบัน) คือ อาหารที่มีประโยชน์ สะอาดปลอดภัยจากสารเคมีเจือปน อร่อย เหมาะสมกับวัยและสภาพของแต่ละคน รวมทั้งการรับประทานตามแบบซุนนะฮ์ จะช่วยป้องกันโรคและอับาดะห์ (ช่วยพัฒนาการทางด้านร่างกาย) และอัคลัก (จริยธรรม) (ยูซูฟ และสุภัทร, 2551; National Halal Food, 2018; Tealee, 2015) ผลที่ได้รับ คือ การรับประทานอาหารที่ศาสนาอิสลามได้อนุมัติให้รับประทานได้และมีผลต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย

ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความผิดปกติในการเคี้ยวและการกลืน การฝึกทักษะบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน จัดทำในการป้อนอาหาร การสังเกตอาการสำคัญของรับประทาน อาหารของผู้ป่วย การทำความสะอาดช่องปาก (กมลทิพย์, 2550; บุญญา, 2553; ลัดดา, 2555) รวมถึงวางแผนการในการเลือกอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและกำหนดปริมาณสารอาหาร

ในแต่ละมื้อ ได้แก่ การจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สารอาหารครบ 5 หมู่ และจัดเมนูอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน รวมถึงการปรุงอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (จินตนา, 2552; พัทธภรณ์, 2558)

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยชี้แนะการเลือกอาหารที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการด้านอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเลือกอาหารที่ควรเลือกหรืออาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงและพิจารณาอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งสอดคล้องกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม ซึ่งต้องเลือกบริโภคอาหารที่ฮาลาล (อาหารหรือสิ่งที่ไม่อนุมัติ) และต้องเป็นอาหารที่มีประโยชน์ (ต้อยยิบัน) มีคุณค่าทางโภชนาการและเป็นอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยเลือกอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551) อาหารแต่ละมื้อควรจะได้แคลอรีที่เหมาะสม มีวิตามินและเกลือแร่ที่ร่างกายต้องการอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (อายุ 40-60 ปี) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและพลังงานสูง รวมถึงลดอาหารรสจัด โดยเฉพาะอาหารรสเค็มและรสหวาน พร้อมทั้งเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551) เลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายเพราะกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ไต เริ่มเสื่อมลง ควรลดอาหารรสเค็มจัด เพราะไตจะต้องทำงานหนักยิ่งขึ้น (มุสลิมทีเนเจอร์, 2558ก) และหลักอิสลามบัญญัติการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ควรรับประทานอาหารแต่พอดี ดังคำสอนว่า “จงกินและจงดื่มน้ำแต่จงอย่าให้อิ่มจนเกินไป แท้จริงองค์อัลลอฮ์ ไม่ทรงรักบุคคลที่เกิดความพอดี” (อัล-อะฮรอฟ 7:31) และ “เมื่อรับประทานอาหารให้แบ่งท้องออกเป็นสามส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นของอาหาร ส่วนที่สองเป็นน้ำ และอีกส่วนให้ปล่อยว่าง” (พงศเทพและยูซุฟ, 2552) รวมถึงวิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้อาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่ายและย่อยง่าย โดยเน้นวิธีการต้ม ตุ่น นึ่ง สับและบด นอกจากนี้มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย โดยหาวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น มีการจัดให้รับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และปรับจำนวนมื้ออาหารเพิ่มเป็น 4-5 มื้อต่อวัน และดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพียงพอวันละ 8-10 แก้ว (จินตนา, 2552)

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย รวมทั้งจัดเตรียมคู่มือการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหาร นอกจากนี้มีการติดตามและประเมินผลของการทำกิจกรรมรับประทานอาหาร โดยติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อของทุกวันจากสมุดบันทึกส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล หากผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการรับอาหารเสริม รวมถึงในระหว่างทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นในการรับประทานอาหาร (บุญญา, 2553; สวรินทร์, วัลภา, และเขมรดี, 2556)

**2. การออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน** เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ให้ได้ทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย ซึ่งเลือกกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักการของอิสลาม โดยออกกำลังกาย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ได้จากการมีในอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ที่มุสลิมจำเป็นต้องปฏิบัติประจำวัน และการออกกำลังกาย

(อับดุลการิม, 2555) มีการประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (หลักปฏิบัติของอิสลาม ได้แก่ การละหมาด 5 เวลา) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) โดยการละหมาดเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ในอิริยาบถต่างๆ พร้อมกับการทำจิตใจให้ตั้งมั่น โดยจะใช้ระยะเวลาในการละหมาดประมาณ 10-15 นาที นอกจากนี้พบว่าหลักปฏิบัติของชาวมุสลิมยังมีการละหมาดพิเศษที่หลักปฏิบัติของศาสนาไม่ได้บังคับให้ทุกคนต้องปฏิบัติเรียกว่า “การละหมาดสุนัต” ซึ่งชาวมุสลิมเชื่อว่าผู้ที่ละหมาดสุนัตร่วมกับการละหมาดบังคับ เป็นสิ่งที่ดีงามและทำให้ได้บุญมากยิ่งขึ้น และยังเชื่ออีกว่าการละหมาดสุนัตเป็นสิ่งที่นำไปสู่ความใกล้ชิดกับองค์อัลลอฮ์และอยู่ในความรักของพระองค์ตลอดกาล ดังนั้นการละหมาดสุนัตเป็นการละหมาดเพิ่มเติมจากการละหมาดบังคับ โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ซึ่งลักษณะการปฏิบัติมีความใกล้เคียงกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ รวมทั้งการละหมาดมีการเปลี่ยนท่าทางในลักษณะเช่นเดียวกับการบริหารร่างกาย สามารถช่วยยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดระดับความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุพิญญา, 2553)

ส่วนการดูแลท่าความสะอาดผู้ป่วยที่ทำการละหมาด หากผู้ป่วยที่สามารถทำ ความสะอาดได้ อาจทำความสะอาดด้วยตนเองหรือให้คนอื่นคอยช่วยเหลือ สามารถทำความสะอาดตามปกติ ก่อนที่จะอาบน้ำละหมาดในแต่ละเวลา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเองไม่สามารถจะทำได้หรือไม่มีผู้ที่จะช่วยทำความสะอาด สามารถทำความสะอาดเท่าที่ สามารถจะกระทำได้ และการละหมาดของผู้ป่วยถือว่าใช้ได้ โดยไม่ต้องละหมาดชดใช้อีก ส่วนผู้ป่วยที่มีนิ่ว (สิ่งสกปรกที่ต้องชำระให้สะอาดตามบทบัญญัติอิสลาม) ติดตัวอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะทำ ความสะอาดแล้ว อันเป็นเหตุสุดวิสัยที่จะขจัดนิ่ว (สิ่งสกปรกที่ต้องชำระให้สะอาดตามบทบัญญัติอิสลาม) เหล่านั้นได้ สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบริเวณดังกล่าวตามปกติหรือตามคำแนะนำของแพทย์ และจะไม่ทำให้เสียการอาบน้ำละหมาดของผู้ป่วย แต่จะต้องอาบน้ำละหมาดหรือตะยัมมุ (การทำความสะอาดร่างกายด้วยฝุ่นแทนน้ำเพื่อเตรียมตัวละหมาด) ทุกครั้งก่อนที่จะละหมาด トラบไตผู้ป่วยที่ยังมีสติครบเงื่อนไขจำเป็นต้องละหมาดและไม่มีอุปสรรคใด ๆ ที่ไม่สามารถทำการละหมาดได้ จำเป็นที่จะต้องทำการละหมาดตามความสามารถของผู้ป่วย ภายใต้การผ่อนปรนตามหลักการอิสลาม ผู้ป่วยทั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน บางครั้งไม่ต้องการละหมาด โดยที่การละหมาดนั้น เป็นหลักการปฏิบัติอิสลามที่สำคัญของศาสนาอิสลาม เพราะมีความกังวลใจและไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างถูกต้องสมบูรณ์ จึงคิดว่าการละหมาดนั้นจะใช้ไม่ได้ ไม่ได้ผลบุญ และองค์อัลลอฮ์ จะไม่ทรงตอบรับการละหมาด นับว่าเป็นความเข้าใจผิดต่อหลักการอิสลาม (พงค์เทพและยูซุฟ, 2552) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกปิดเอาเราะฮ์ (ส่วนที่ละอายของร่างกายที่บทบัญญัติอิสลามได้กำหนดให้มุสลิมต้องปกปิด) เช่น มีบาดแผล แผลกดทับ แผลไฟไหม้ ถูกแมลงกัดต่อย และแผลอักเสบ เป็นต้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมากขึ้น หรือเป็นอุปสรรคมาก เมื่อสวมใส่เสื้อผ้าผู้ป่วยสามารถละหมาดได้และไม่ต้องปกปิดเอาเราะฮ์ และการละหมาดของผู้ป่วยถือว่าใช้ได้ โดยไม่ต้องละหมาดชดใช้อีก สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ผู้ดูแลต้องจัดให้ผู้ป่วยหันหน้าไปสู่วางทิศกิบลัต (ทิศตะวันตก) ซึ่งเป็นทิศที่ตั้งของกะบะฮ์หรือบัยตุลลอฮ์ อยู่ที่นครเมกกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย หากผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงที่ไม่ได้หันหน้าไปทางกิบลัต (ทิศตะวันตก) และไม่มีคนอื่นช่วยเหลือหรือเปลี่ยนทิศทางและ

มีความเจ็บปวดเมื่อเปลี่ยนทิศทางนอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดมาก หรือมีอาการของโรคทรุดหนักลง หรือด้วยเหตุสุดวิสัยอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถระงับปวดได้โดยไม่ต้องหันหน้าไปสู่อีกข้าง (ทิศตะวันตก) ในกรณีผู้ป่วยยืนระงับปวดไม่ได้ สามารถให้นั่งระงับปวด หากนั่งไม่ได้สามารถให้นอนระงับปวด โดยให้ระงับปวดตามความสามารถและแสดงสัญญาณด้วยใบหน้า ศีรษะ หรือการกระพริบเปลือกตาก็ได้ (พงค์เทพและยุซุฟ, 2552) การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย

ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายผู้ป่วยในท่าที่ถูกต้อง การฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและเคลื่อนไหวอย่างถูกวิธีและเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลวางแผนกำหนดกิจกรรมและรูปแบบในการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายผู้ป่วย ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยทำด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลต้องช่วยกำหนดรูปแบบกิจกรรม การเคลื่อนย้ายภายในบ้านของผู้ป่วย การฝึกการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ รวมทั้งฝึกการเดิน (นพรัตน์, 2551; พัทธราภรณ์, 2558; วาสนา, 2559)

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการชี้แนะเลือกกิจกรรมทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักการของอิสลาม โดยประยุกต์ใช้ท่าระงับปวดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (หลักปฏิบัติของอิสลาม ได้แก่ การละหมาด 5 เวลา) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) (พงค์เทพและยุซุฟ, 2552; สุพิณญา, 2553) รวมถึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพิ่มกล้ามเนื้อแขนและขาทุกวัน ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกอย่างต่อเนื่องทุกวัน ไม่น้อยกว่าครั้งละ 20-30 นาที เพื่อเพิ่มกล้ามเนื้อแขนและขาให้ผู้ป่วย รวมถึงกระตุ้นในการทำกิจกรรม โดยประยุกต์ใช้อุปกรณ์ในการฝึกนั่งและเดิน หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ควรหยุดออกกำลังกายทันที

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด และจัดเตรียมคู่มือส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ทั้งนี้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถให้เหมาะสมอย่างปลอดภัย รวมถึงในระหว่างทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมได้เหมาะสม นอกจากนี้มีการติดตามประเมินผลของการทำกิจกรรมและสมุดบันทึกส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (นพรัตน์, 2551; วาสนา, 2559)

**3. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ** เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในด้านการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน พบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองต้องการการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ หากผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การส่งเสริมการนอนหลับ มีระยะเวลาการนอนหลับที่

ตามเวลา มีหลายวิธี ได้แก่ การจัดท่านอน การฟังบทสวดอัลกุรอาน การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและมีแสงสว่างน้อย (รอฮานา, 2552) ท่านอนที่ให้ประโยชน์มากที่สุด คือ การนอนตะแคงขวา เพราะจะช่วยให้หัวใจเต้นสะดวก อาหารจากกระเพาะจะถูกบีบลงลำไส้เล็กได้ดี ทั้งยังช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้เป็นอย่างดีอีกด้วยท่านอนตะแคงซ้าย เป็นท่าที่ช่วยลดอาการปวดหลังได้แต่ควรกอดหมอนข้างและพาดขาไว้เพื่อป้องกันอาการชาที่ขาซ้าย จากการนอนทับเป็นเวลานาน แต่ท่านอนตะแคงซ้ายอาจทำให้เกิดลมจุกเสียดบริเวณลิ้นปี่ เนื่องจากอาหารที่ยังย่อยไม่หมดในช่วงก่อนเข้านอนค้างค้ำในกระเพาะอาหาร และท่านอนตะแคงขวา เป็นท่านอนที่ดีที่สุดและเป็นชุนนะห์ของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ได้กล่าวความว่า: “เมื่อท่านต้องการที่จะเข้านอนก็จงเอาน้ำละหมาดเพื่อละหมาด หลังจากนั้นก็จงนอนตะแคงขวา” เพราะอาหารในกระเพาะจะอยู่ในท่านี้ได้ดี เนื่องจากกระเพาะจะค่อนข้างอยู่ทางซ้ายเล็กน้อย และการนอนตะแคงซ้ายบ่อย ๆ จะเป็นอันตรายต่อหัวใจ เพราะอวัยวะต่างๆ จากการนอนทับ ร่วมกับกล่าวดูอาร์ก่อนนอนและดูอาร์ตื่นนอน (ซินินทร์, 2552) การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ประกอบด้วย

ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ดูแลวางแผนการจัดท่านอนที่เหมาะสม การประเมินการนอนและจัดเวลาในการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน และวิธีการส่งเสริมการนอนหลับ (ลิวรรณ, 2553)

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการชี้แนะเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีการนอนเป็นเวลาที่เหมาะสม โดยจัดเวลาการเข้านอนและตื่นนอนในแต่ละวันให้ตรงเวลา มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยนอนไม่หลับ ซึ่งผู้ป่วยมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอจำนวน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยหาวิธีการจัดการงีบนอนหลับในช่วงกลางวันและจัดหากิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยชอบและต้องการทำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือ การฟังหรืออ่านอัลกุรอาน การละหมาด การทำกิจวัตรประจำวันการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยต้องการที่จะเข้านอน ให้อาบน้ำละหมาดเพื่อละหมาด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา ร่วมกับกล่าวดูอาร์ก่อนนอนและดูอาร์ตื่นนอน ในระหว่างทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นในการพักผ่อนนอนหลับ โดยสอบถามการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน รวมถึงวิธีการผ่อนคลายเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม ซึ่งส่งเสริมการนอนหลับในช่วงกลางคืน โดยเลือกฟังบทสวดหรืออ่านอัลกุรอานและกล่าวดูอาร์ (ขอพร) ก่อนนอน (รอฮานา, 2552)

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการส่งเสริมพักผ่อนนอนหลับ มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องให้อากาศถ่ายเทสะดวก อากาศเย็นสบายเหมาะสมแก่การนอน (สวรินทร์, วัลภา, และเขมรชาติ, 2556) ติดตามและประเมินผลของการทำกิจกรรมการพักผ่อนนอนหลับและสมุดบันทึกส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในการจัดสภาพแวดล้อมในการนอนหลับและผู้ป่วยมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ จำนวน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน (ลิวรรณ, 2553)

#### 4. ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการส่งเสริมความสามารถ

ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองตามหลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติของอิสลาม ที่ถูกต้องดีงาม โดยผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งหลักการศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ หลักการศรัทธาและหลักการปฏิบัติ ซึ่งหลักการทั้ง 2 ประการดังกล่าว จะต้องดำเนินไปด้วยกัน และจะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ เพราะอิสลามเชื่อว่าการมีความศรัทธาโดยไม่มีการปฏิบัตินั้นจะไม่นำไปสู่ประโยชน์อันใดทั้งสิ้น และในทางตรงกันข้ามการปฏิบัติโดยไม่มีความศรัทธาถือเป็นพฤติกรรมที่ไร้ทิศทาง (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) โดยหลักศรัทธาของอิสลาม 6 ประการ ได้แก่ 1) ศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียว 2) ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะฮ์ 3) ศรัทธาต่อบรรดาศักดิ์ 4) ศรัทธาต่อศาสนทูตขององค์อัลลอฮ์ 5) ศรัทธาต่อวันสิ้นโลกหรือวันพิพากษา (วันกิยามัต) และ 6) ศรัทธาต่อการกำหนดกฎสภาพการณ์ขององค์อัลลอฮ์ และหลักปฏิบัติของอิสลาม 5 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิญาณตน (ชาฮาดะฮ์) 2) การละหมาด 3) การถือศีลอด 4) การจ่ายซะกาต (ทรัพย์) 5) การประกอบพิธีฮัจญ์ หลักการอิสลามช่วยส่งเสริมความสามารถด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ (ซิกิร์ลลอฮ์) เพื่อช่วยให้จิตใจสบาย สงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน มองโลกในแง่ดี ทำใจยอมรับเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวได้ ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นใหม่มองสิ่งนั้นด้วยการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ เพราะองค์อัลลอฮ์ ทำให้สิ่งที่ดีที่สุดและต้องพึงสังวรว่า สิ่งที่ไม่เคยอยู่ท่ามกลางความสุขสบาย อาจมีปัญหาเกิดขึ้น และในขณะที่เจอปัญหาก็อ่าเพ่งท้อแท้หมดหวัง เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นอาจนำมาซึ่งสิ่งที่ดี รวมถึงผู้ดูแลต้องให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่พูดจาหยาบคาย และต้องคอยให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี สุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีจะตามมา (รอฮานา, 2552)

ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมและการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งการสังเกตภาวะซึมเศร้า โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการชี้แนะเลือกกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายและเหมาะสม เพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และเลือกใช้คำพูดที่นุ่มนวล แสดงความเป็นห่วงใย รวมถึงให้ผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึก ความคิด จากนั้นเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นและให้ผู้ดูแลส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าสนใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอและไปพบแพทย์ตามนัด ในระหว่างทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการสนใจรับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ นอกจากนี้เลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม ซึ่งหลักการอิสลามได้ส่งเสริมให้มีการทำจิตใจให้เป็นสุขอยู่เสมอ ผ่อนคลายความเครียด และให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ได้แก่ การละหมาด การอ่านหรือฟังอัลกุรอาน และการกล่าวดูอาร์ (ขอพร) เป็นต้น (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) รวมถึงการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ (ซิกิร์ลลอฮ์)

เป็นหลักศรัทธาของอิสลาม ได้แก่ การศรัทธาและระลึกถึงพระเจ้าองค์เดียว เพื่อช่วยให้จิตใจสงบ สงบไม่คิดฟุ้งซ่าน มองโลกในแง่ดี ทำใจยอมรับเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวได้ เพื่อให้จิตใจสงบ จิตใจสบาย การมอบหมายต่อองค์อัลลอฮ์ การระงับความโกรธ (ซอบร์) และการให้อภัย ดังองค์อัลลอฮ์ทรงกล่าวในอัลกุรอานไว้ว่า “พึงทราบเถิด ด้วยการกล่าวรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ จะทำให้จิตใจสงบ” (อะห์หมัดมุสต่อฟา, 2556) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องคอยเตือนผู้ป่วยให้อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน สามารถฟังเสียงอัลกุรอานหรือผู้ดูแลอ่านอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้มีอาการเจ็บป่วยเบาบางลงได้ (รอฮานา, 2552) และอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ทำให้เกิดความสบายใจ มีสติมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในขณะที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ ความรุนแรง (ศรีสุตาและคณะ, 2558)

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operations) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระหว่างทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการสนใจรับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลหลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยสังเกตสีหน้า ท่าทาง และอาการของผู้ป่วย (นันทกาญจน์, 2559; มยรี, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเชมารตี, 2556)

## 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถผู้ดูแลแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดหรือปัจจัยที่ส่งเสริม (Orem, 2001) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. เพศ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากมีความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สังคมคาดหวังที่จะให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับสังคมไทย เมื่อบิดาหรือมารดาเจ็บป่วย บุตรจะมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยบุตรสาวจะถูกเลือกให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าบุตรชาย การยอมรับและปรับตัวเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลของเพศหญิง โดยรับรู้ว่าการทำงานบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นงานของเพศหญิง ส่วนเพศชายรับรู้บทบาททำงานนอกบ้าน เป็นผู้หารายได้ของครอบครัว (สุดศิริ, 2541) ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบว่ามีความสามารถในการดูแลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (พัชรี, 2551)

2. อายุ อายุที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลอายุมาก จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามวัย โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรณ (2553) ที่ว่าระดับพัฒนาการของบุคคล มีความแตกต่างตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยมีพัฒนาการเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรง มีความพร้อมวุฒิภาวะ ส่งผลให้การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีขึ้น



สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี (2551) ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล ต้องใช้ความอดทนสูง การรอคอยและการประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

3. ระดับการศึกษา เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา ซึ่งการศึกษาสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถจดจำข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนมีความสนใจ ซักถามปัญหาและการใช้แหล่งประโยชน์ ซึ่งผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจึงมีทักษะในการหาความรู้และความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมถึงการดูแลปฏิบัติที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลในระดับปริญญาตรี จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก แต่ผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง รวมถึงผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา อาจไม่มีความสนใจหรือแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของวชิราพรพรณ (2553) พบว่าการศึกษาสูง สามารถทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของวินิตา (2547) พบว่าระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อันเนื่องจากระบบการศึกษาในโรงเรียนเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีความรู้ คุณธรรม และการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ดังนั้นการศึกษาจึงมีความจำเป็นและเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเพิ่มความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

4. อาชีพ มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลที่ทำงานอิสระ เช่น รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม แม่บ้าน เป็นต้น สามารถจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งต่างกับผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เช่น ข้าราชการ พนักงานบริษัท พนักงานโรงงาน จะมีกำหนดเวลาที่แน่นอน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง จากการศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่าผู้ดูแลที่ทำงานอิสระ สามารถบริหารเวลาได้อย่างอิสระ และช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

5. ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยย่อมเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิต (Orem, 2001) และจากการศึกษาของสิริชชา รัชนีและหทัยชนก (2553) พบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลจะรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำให้มีความสามารถในการดูแลและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ย่อมไม่สามารถประเมินภาวะเจ็บป่วยและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

6. สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ ความเอื้ออาทรที่ดีภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน จากการศึกษาของสิริชชา รัชนีและหทัยชนก (2553) พบว่าสมาชิกในครอบครัวบางคนไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ปล่อย

ให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้ดูแลหลัก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลที่บ้าน

7. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลทั้งตนเองและผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงสามารถจัดหาวิธีการดูแลและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแล จำเป็นต้องหาเงินเลี้ยงชีพ ทำให้จัดหาวิธีการดูแลและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง จากการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่ารายได้ของครอบครัวเพียงพอ จะทำให้อำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย และจากการศึกษาของสิริชชา รัชณีและหทัยชนก (2553) พบว่าถ้าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจากญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ดังนั้น ผู้ดูแลที่รายได้ต่ำมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่รายได้สูง

8. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทรต่อกันที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ดูแลต้องการทำให้ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และไม่หวังผลตอบแทน สอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของวชิราวรรณ (2553) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลยาวนานและดูแลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความชำนาญในการดูแล แต่การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยแย่งจากภาวะการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดท้อแท้ เครียด ความหวังลดลง และเกิดปัญหากับผู้ดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง จากการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แต่การศึกษาของประกอบพร (2550) ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ

10. ความเชื่อทางศาสนา ซึ่งมีความเชื่อที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อผู้ป่วยมุสลิม มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ การดูแลทุกอย่างต้องสอดคล้องกับหลักการของศาสนา การมีแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับพยาบาลในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลเมื่อมีบุคคลเจ็บป่วยนั้น โดยนำหลักศาสนาเข้ามาเชื่อมโยงในการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จิราพรและคณะ, 2555) การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลานและญาติ (Subgranon, 1999) ความเชื่อของมุสลิม ซึ่งมีรอบความเชื่อ การดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของครอบครัว ในบริบทมุสลิมจะมีการใช้ชีวิต โดยยึดมั่นในหลักความศรัทธา การปฏิบัติและหลักจริยธรรม เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยต้องการการดูแลพึ่งพา ถือเป็นหน้าที่ของครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและถือว่าเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามหลักศาสนา รวมถึงต้องคอยให้กำลังใจกัน และช่วยกันดูแล พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (มุฮัมหมัดอาลี, 2544) โดยความเชื่อทางศาสนาอิสลามมองการเจ็บป่วย คือ ความเมตตา

และบททดสอบของพระเจ้า จึงทำให้หลายคนละเลยในการดูแลสุขภาพ เพราะเชื่อว่าโรคและความเจ็บป่วยทุกอย่างเป็นไปตามประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่ละเลยการมาโรงพยาบาลหรือรับการรักษาที่ถูกต้อง (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

11. การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยผู้ดูแลในการลดความเครียดและช่วยสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ช่วยทำให้บุคคลเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เป็นการให้คำปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจ แนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือทางการเงิน ช่วยเหลือจากญาติหรือครอบครัว รวมทั้งสถานบริการสุขภาพที่ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาของอภันตรี (2553) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลแตกต่างกัน การที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถเพิ่มขึ้นได้นั้น ต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ จะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.5 การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือด

### สมอง

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประเมินความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถผู้ดูแล มีดังนี้ (ณัฐตินา, 2562; มยุรี, 2559; วาสนา, 2559; วินิตา, 2543; สุขชาติ, 2560)

1. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของวินิตา (2543) ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ครอบคลุมความสามารถในการดูแลทั้ง 3 ระดับ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าใจถึงคุณค่าของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ 3) ความตั้งใจและความตระหนักในความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ และ 4) ทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1-6 คะแนน ซึ่ง 6 คะแนนมากที่สุด และ 1 คะแนนน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถระดับคะแนนต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .94

2. แบบประเมินทักษะความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสุขชาติ (2560) ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ครอบคลุมความสามารถในการดูแล ทั้ง 3 ระดับ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ 2) ความสามารถด้านการเคลื่อนย้าย จำนวน 10 ข้อ 3) ความสามารถด้าน

การส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 10 ข้อ และ 4) ความสามารถด้านจิตใจ และอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ โดยโดยมีระดับคะแนนในการประเมินทักษะผู้ดูแล 3 ระดับ คือ ทำได้ถูกต้อง เท่ากับ 2 คะแนน ทำได้ไม่ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน และทำไม่ได้ เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาความเท่าเทียมกันของผลการประเมินระหว่างพยาบาล 2 คน และนำไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องของการนำไปใช้ ซึ่งได้ค่าที่ยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ .80

3. แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของมยุรี (2559) ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ 5 คะแนนมากที่สุด และ 1 คะแนนน้อยที่สุด ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .80 ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยการฝึกทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) ด้านการฟื้นฟู และ 4) การดูแลด้านจิตใจ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89

4. แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง ของณัฐตินา (2562) ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมความสามารถในการดูแลที่ครอบคลุม 3 ระดับ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ จำนวน 50 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแลด้านโภชนาการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 4 ข้อ 2) การประเมินปริมาณพลังงานสารอาหารที่จำเป็นกับผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 ข้อ 3) การจัดเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยางและการควบคุมคุณภาพของอาหาร จำนวน 27 ข้อ และ 4) การการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร จำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่ง 5 คะแนนมากที่สุด และ 1 คะแนนน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .94

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น (ณัฐตินา, 2562; มยุรี, 2559; วินิตา, 2543; สุขชาติ, 2560) รวมทั้งมีการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตมุสลิม

### 3. การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

#### 3.1 วิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

Orem (2001) เชื่อว่า บุคคลย่อมมีโอกาสเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของบุคคล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การพยาบาล

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing) ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ได้รับการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ดังนี้ (Orem, 2001)

1. การสอน (teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอนให้ความรู้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจสถานการณ์โรคของผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายและวางแผนในการดูแลล่วงหน้า (Orem, 2001) เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาและเข้าใจถึงความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย รวมถึงการสอนนั้นรวมถึงการให้คำแนะนำ ความรู้ใหม่ๆ และทักษะในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นคำพูดที่เข้าใจง่ายและชัดเจน จากการศึกษาของพัชราภรณ์ (2558) พบว่าการสอนแนะและฝึกทักษะตามความสนใจของผู้ดูแลแต่ละคน ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เพิ่มเติมมากขึ้น ส่วนการให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้ประสบการณ์จริง และสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งช่วยเพิ่มความเข้าใจ สามารถจดจำได้นานขึ้น จนเกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในการสอนนั้นพยาบาลจะต้องให้ผู้ดูแลเป็นผู้คิดและตัดสินใจในการรับรู้ข้อมูลนั้นเอง มีหลักในการสอนผู้ดูแลมีดังนี้ (สมจิต, 2543)

1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ อาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความจำเป็นที่ต้องดูแลและคอยเฝ้าถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่เสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวพยาบาล มีผลช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกลงและการกระทำ เนื่องจากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องนำมาพิจารณา เพื่อตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้มากขึ้น

1.3 ผู้ที่รับการสอนต้องมีความพร้อม เนื่องจากความพร้อมของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความหวัง หรือมีอาการอ่อนเพลีย ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้

1.4 ให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติทำได้ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยให้มีโอกาสสัมผัส และฝึกทักษะการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว

1.5 การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับหลังการสอน จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยถูกต้อง พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเป็นมิตร รวมทั้งพยาบาลจะต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชม และให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ต่อไป

1.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ดูแลแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน โดยระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องคอยสังเกตและคิดว่าถ้าหากผู้ดูแลไม่ตั้งคำถาม ไม่ว่าจะพยาบาลจะสอน แนะนำผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจอะไรเลยก็ได้หรือไม่ยอมรับ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ดูแล

1.7 การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลจะต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจต้องมีห้องหรือกั้นมาให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอน

2. การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลพิจารณาสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น โดยให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแล โดยให้คำแนะนำชี้แนะ โดยให้ทางเลือกหรือข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรับทราบถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การดูแลที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ดูแล (จุฬาวรี, ศิริกาญจน์ และวารารณ, 2560) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ (Wingate – Lackey, 1989) จากการศึกษาของนิภาภัทร (2548) พบว่าการชี้แนะ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง โดยการชี้แนะผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตราจากพยาบาล พยาบาลมักจะใช้วิธีการนี้ร่วมกับวิธีการสนับสนุน (Orem, 2001) รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในระหว่างสัปดาห์ เพื่อให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (สวรินทร์, วัลภา, และเขมรติ, 2556)

3. การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมสนับสนุน เช่น การสร้างสัมพันธภาพ รับฟังความทุกข์ รับรู้ เข้าใจ และสนับสนุนให้เกิดความหวัง ซึ่งวิธีการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดกระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยในเรื่องที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติถูกต้องกิริยาท่าทางของพยาบาล การมอง การสัมผัส รวมถึงการให้สิ่งของวัตถุต่างๆ เช่น คู่มือเพื่อใช้ทบทวนวิธีการดูแลผู้ป่วย (สมจิต, 2543) และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ (นิภาภัทร, 2548) จากการศึกษาของขวัญใจ (2556) พบว่าการสอนโดยใช้สื่อการสอนประกอบ และการสนับสนุนคู่มือแก่ผู้ดูแลเพื่อให้อ่านและทำความเข้าใจได้เองภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น และจากการศึกษาของของมยุรี (2559) ที่พบว่าการสนับสนุนโดยการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การให้กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน ล้วนทำให้ผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และการศึกษาของสวรินทร์, วัลภา, และเขมรติ (2556) พบว่าการให้ความรู้โดยการสอนเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการให้ความรู้และสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลทราบผลการปฏิบัติดูแล

ผู้ป่วยต่อเนื่อง และผู้วิจัยใช้ในการติดตามและประเมินผลความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4. การจัดสิ่งแวดล้อม (providing an environment) เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย (สมจิต, 2543) และการจัดสิ่งของต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกในการใช้งาน และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย สามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งการจัดวางเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล การประยุกต์ใช้วัสดุและอุปกรณ์ที่มีในบ้านหรือในห้องถิ่นมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พรชัย, 2556) รวมทั้ง (Orem, 2001) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนามักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การส่งเสริมความสามารถในแต่ละระดับของผู้ดูแล จะส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดจากผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์ และต้องการลงมือปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งมีกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาชีวิตและสุขภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

### 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 เรื่อง ได้จากการศึกษาโปรแกรมต่างๆ และหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล Pub Med, CINAHL, ThaiLis, Google Scholar โดยแบ่งระดับตามหลักการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Levels of evidence) ตามของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs institute [JBI], 2008) ได้ดังนี้ ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ (Dai, C.H. & Gyi, A.A., 2009; Dunagan et al., 2005) เป็นงานวิจัยระดับ 1c และ 1b ตามลำดับ ระดับ 2 จำนวน 18 เรื่อง เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ณัฐตินา, 2562; นัยน์ปพร, 2559; นิชิมาและคณะ, 2553; นิภาภัทร, 2548; พัทธกรณ, 2558; ภูริณัฐ, 2558; มยุรี, 2559; โรชนี, 2551; วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556; เสาวนีย์, 2557; อรุณี, 2557) เป็นงานวิจัยระดับ 2d และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (ขวัญใจ, 2556; จุฬาวรี, ศิริกาญจน์, และวารากรณ, 2560; จินนระรัตน์, 2540; ทิพากร จุฬาวรี และสิริวัฒนา, 2551) เป็นงานวิจัยระดับ 2d ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง (สุดศิริ, 2541; สุชาสินี, 2559) เป็นงานวิจัยระดับ 3b

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### 1. วิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่มีการนำระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) มาใช้ในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอนให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ (นัยน์พร, 2558; นิภาภัทร, 2548; พิชราภรณ์, 2558; มยุรี, 2559; วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา และเขมาชาติ, 2556; เสาวนีย์, 2557; อรุณี, 2557) การชี้แนะ (นิภาภัทร, 2548; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556) การสนับสนุน (ขวัญใจ, 2556; มยุรี, 2559) และสร้างสิ่งแวดล้อม (จุฬาวรี, ศิริกาญจน์, และวราภรณ์, 2560; Orem, 2001) นอกจากนี้มีการสาธิตสาธิตย้อนกลับ ด้านการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย การสนับสนุนการเรียนรู้ผู้ดูแล โดยการจัดทำคู่มือและสมุดบันทึก การดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล รวมทั้งจัดเตรียมวัสดุที่สนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ และประเมินผล (นัยน์พร, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556) ดังนั้นการนำระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) มาใช้ในรูปแบบวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของจุฬาวรี, ศิริกาญจน์ และ วราภรณ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ซึ่งติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลหลังจากกลับจากโรงพยาบาล โดยใช้การสอนและให้ความรู้ผู้ดูแล 4 วิธี (Orem, 2001) รวมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทขณะอยู่ที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลง และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของขวัญใจ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล 4 วิธี (Orem, 2001) โดยมีแผนการสอนและให้ความรู้และมอบคู่มือ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลทันที พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นหลังทดลองทันที และหลังทดลองเมื่อกลับบ้าน 3 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2. เนื้อหาการส่งเสริมความสามารถในการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1) การรับประทานอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการ และการประเมินปริมาณพลังงานสารอาหารที่จำเป็น (ณัฐตินา, 2562) การดูแลรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับหลักการศาสนาและเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย (พิราลักษณ์, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556; สุภาวดี, 2558) การประเมินการกลืน การพัฒนาความแข็งแรงกล้ามเนื้อการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อ และการฝึกการกลืน การเคี้ยว (ลัดดา, 2555; สุภาวดี, 2558) รวมทั้งการจัดทำที่เหมาะสม และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร (บุญญา, 2553)



2) การออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน มีการสอนให้ความรู้และการให้คำแนะนำในหลักการและขั้นตอนการออกกำลังกายของผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การเคลื่อนย้ายและการฝึกเดินภายในบ้าน เลือกทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และเหมาะสม (นพรัตน์, 2551; พัทธกรณ, 2558; วาสนา, 2559; สวรินทร์วัลภาและเขมาวดี, 2556; สุภาวดี, 2558; เสาวนีย์, 2557) การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย (พรชัย, 2556; มยุรี, 2558) และการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริบทของศาสนา โดยประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (ละหมาดบังคับของหลักปฏิบัติอิสลาม) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) (สุพิญญา, 2553) (พงค์เทพและยูซุฟ, 2552)

3) การพักผ่อนนอนหลับ ประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา การประเมินการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอต่อวันของผู้ป่วย การจัดหากิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยชอบ และดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อน ลดช่วงเวลารีบช่วงกลางวัน หากิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยทำ การอ่านหนังสือ การฟังบทสวด ทำสมาธิ ออกกำลังกายเบาๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและแสงสว่างน้อย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับดีขึ้น (ลิวรรณ, 2553; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาวดี, 2556; อรุณีและคณะ, 2557) กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับในช่วงกลางคืน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น การฟังหรืออ่านอัลกุรอาน การละหมาด ร่วมกับกล่าวดุอาร์ก่อนนอน และดุอาร์ตื่นนอน (รอฮานา, 2552)

4) การดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การสนใจรับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ และมีการพูดคุยให้กำลังใจ มีความหวังและไม่ท้อแท้ต่อการรักษา วิธีการจัดการความเครียด ความวิตกกังวลและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับหลักการศาสนา การสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในการยอมรับความเจ็บป่วยและปรับตัวได้เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมทั้งวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด (นันทกาญจน์, 2559; ภูริณัฐ, 2558; มยุรี, 2559; สมบัติ, 2558; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาวดี, 2556) โดยส่งเสริมการนำวิถีการเน้นชีวิตของมุสลิมมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย เลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม และให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ได้แก่ การละหมาด การอ่านหรือฟังอัลกุรอาน และการกล่าวดุอาร์ (ขอพร) รวมถึงการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ (ซิกรุลลอฮ์) การมอบหมายต่อองค์อัลลอฮ์ การระงับความโกรธ (ซอบร์) และการให้อภัย เป็นต้น (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552; รอฮานา, 2552; ศรีสุตาและคณะ, 2558)

### 3. ระยะเวลาของโปรแกรม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมในโปรแกรมนั้นตั้งแต่ 4 -16 สัปดาห์ (จุฬาวรี, ศิริกาญจน์, และวราภรณ์, 2560; ณัฐตินา, 2562; นิชธิมา, 2553; บรรณทวารณ, 2560; พัทธกรณ, 2558; มยุรี, 2559; วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาวดี, 2556; สุชาวดี, 2560; อรุณี, 2557; Ang et al., 2013) ซึ่งระยะเวลาในการศึกษาวิจัยที่นิยมใช้ คือ 4 สัปดาห์ แต่ผู้วิจัยได้ปรับระยะเวลาในการศึกษาวิจัยเป็น 8 สัปดาห์ (นิชธิมา, 2553; มยุรี, 2559) เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่ม

ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้และจดจำได้มากที่สุด (สมจิต, 2543) ประกอบด้วย กิจกรรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 2001) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ (ขวัญใจ, 2556; จุฬาวารี, ศิริกาญจน์, และวารารณ, 2560)

#### 4. ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลพุดคุยปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก (สิริชชา, รัชณี, และหทัยชนก, 2553; วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมารตี, 2556) ดังนั้นการติดตามเยี่ยมบ้าน จะเป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วย และทบทวนเนื้อหาความรู้ รวมถึงประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ จากนั้นผู้วิจัยมีการสอนให้ความรู้เพิ่มเติมและสาธิตซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ดูแลต้องการและยังไม่เข้าใจ และชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งจัดหาแหล่งข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (มยุรี, 2558; สุธาสิณี, 2559) ส่วนการติดตามทางโทรศัพท์ โดยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย เพื่อติดตามผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมารตี, 2556; Dunagan et al., 2005) อีกทั้งทำให้ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกันกับผู้ดูแล สรุปและบันทึกประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจและเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ดูแลสามารถทำได้สำเร็จหรือปฏิบัติถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและคงไว้ซึ่งความพยายามอย่างต่อเนื่องและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว (Dunagan et al., 2005; Grant et al., 2002)

#### 5. สื่อที่ใช้ในโปรแกรม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การให้คู่มือแก่ผู้ดูแล โดยใช้สื่อการสอนประกอบ เพื่อให้อ่านและทบทวนทำความเข้าใจได้เองภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (ขวัญใจ, 2556; วาสนา, 2559; สวรินทร์, วัลภา, และเขมารตี, 2556) การให้ความรู้โดยการสอนเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (ขวัญใจ, 2556) จึงจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการให้ความรู้และและสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลทราบผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และผู้วิจัยมีการตรวจสอบสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (สวรินทร์, วัลภา, และเขมารตี, 2556)

### 3.3 โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน โดยปรับจากโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) และแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมเพื่อนำมาส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการออกแบบโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นแนวคิดที่นิยมนำมาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแล ซึ่งการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จะได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ขึ้นอยู่กับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (ขวัญใจ, 2556; สวรินทร์, วัลภา, และเขมาชาติ, 2556) ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

1. แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) โดยผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถด้วยระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน (teaching) คือ การให้สอนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การชี้แนะ (guiding) คือ การให้ทางเลือกหรือข้อมูลต่างๆที่จำเป็นในการตัดสินใจและเลือกใช้ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 3) การสนับสนุน (supporting) คือ ให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านอย่างถูกต้องเหมาะสม และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (providing an environment) คือ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลรวมถึงวางแผนจัดวางเป้าหมายและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางได้ โดยมีเนื้อหาในโปรแกรมเป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และ 4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพาตอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และมีการปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตมุสลิม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และ 4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

3. สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีการปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับหลัก การดำเนินชีวิตของอิสลาม เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และ 4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

#### 3.4 ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมระบบ การพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล และโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล พบว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น และสามารถตอบสนอง ต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน ดังนี้

ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของจุฬาวารี, ศิริกาญจน์ และวารภรณ์ (2560) ซึ่งศึกษาผลของ โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลหลังจากกลับจากโรงพยาบาล สนับสนุน และให้ความรู้ผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ผล การศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมที่บ้าน 9 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษา ของขวัญใจ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมขณะอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น หลังทดลองทันที และหลังทดลองเมื่อกลับบ้าน 3 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้อง กับการศึกษาของสวรินทร์ วัลภาและเขมาวดี (2556) ศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในระหว่าง ที่อยู่โรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน มีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะ และนัดติดตามผู้ป่วยมารับบริการ ตามนัดในโรงพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และผลการศึกษาของมยุรี (2559) ซึ่งศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสอนให้ความรู้ วิดีทัศน์ และฝึกทักษะขณะอยู่ที่โรงพยาบาล 3 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีการติดตาม เยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 ติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 6 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดย นัดผู้ป่วยมารับบริการตามนัดในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ย

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของพัชราภรณ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของวาสนา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 1 เดือนหลังจากจำหน่ายโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือด โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยนำแนวคิดวิธีการดำเนินชีวิตของมุสลิมมาสอดแทรกและบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมความสามารถใน 3 ระดับ โดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ 4 วิธี ในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยผู้วิจัยคาดหวังผลลัพธ์ใน 2 ส่วน คือ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดที่บ้านเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทของมุสลิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

#### 4. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองนั้นมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของร่างกายในด้านต่างๆหรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่ออาการดีขึ้นจะมีบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ถูกต้อง อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นตามมา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในระยะแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด และอยู่ในภาวะพึ่งพาน้อยลง ทั้งนี้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้และความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นต้องพึ่งพา โดยนำระบบการพยาบาลสนับสนุน

และให้ความรู้ (Orem, 2001) มาใช้ในวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและเกิดการดูแลรักษาต่อเนื่อง และมีการปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตมุสลิม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และ 4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด ดังนั้นการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่มีมุสลิมพึงกระทำ โดยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ยึดมั่นและศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์อย่างเคร่งครัด ซึ่งถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในทุกด้าน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยต้องการการดูแลที่จำเป็นต้องพึ่งพา โดยให้ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลใกล้ชิดที่ต้องช่วยเหลือดูแลและถือว่าเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามหลักศาสนา และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจกันและช่วยกันดูแล โดยสมาชิกในครอบครัวต้องยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของครอบครัวและเรื่องที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งวางแผน ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวัง นอกจากนี้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และได้รับการช่วยเหลือและให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ดูแลและผู้ป่วยตระหนักถึงหลักการดังกล่าว จะทำให้การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรูปแบบการทดลองวิจัย ดังนี้

	วันแรกของสัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 8	
กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub>	X <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	
กลุ่มควบคุม	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	

O<sub>1</sub>, O<sub>3</sub> หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

O<sub>2</sub>, O<sub>4</sub> หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

X<sub>1</sub> หมายถึง โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล ระยะเวลา 8 สัปดาห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนถึงเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่เกิน 3 เดือน และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสตูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

##### ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

1. เป็นผู้ที่มีรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หลาน หรือญาติ โดยไม่นับรวมลูกจ้างที่ได้รับค่าจ้างเป็นค่าตอบแทน

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้
3. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนหนังสือเป็นภาษาไทยได้
4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนถึงเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่เกิน 3 เดือน
2. มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง โดยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง คะแนนอยู่ในระหว่าง 25-70 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (แบบวัดดัชนีบาร์เธล เอดีแอล, Barthel ADL Index) ซึ่งได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยชวลี (2538)
3. ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแลหลัก
4. มีกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา (motor power) อยู่ในเกรด 3 ขึ้นไป (ยกแขนขาดออกจากพื้นได้ แต่ต้านแรงไม่ได้) การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เกรด 5 หมายถึง ต้านแรงได้เต็มที่ และเกรด 0 หมายถึง ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อเลย

### เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลหรือมีอาการแทรกซ้อนของโรคมามากขึ้นในระหว่างเข้าร่วมวิจัย เช่น ชีวมลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัดมากขึ้น เป็นต้น
2. ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ 0.70 โดยกำหนดจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาของวาสนา (2559) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อน นำมาเปิดตารางของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนต่อกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยผู้ดูแล จำนวน 32 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 32 คน และกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยผู้ดูแล จำนวน 32 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



เลือดสมอง 32 คน ในระหว่างการวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา และไม่มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือมีโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมวิจัย

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกอำเภอที่ต้องการศึกษาแบบเจาะจง 2 อำเภอ เพื่อจัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกอำเภอท่าแพ และอำเภอควนโดน ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกัน ประชากรนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยเปอร์เซ็นต์ และมีอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูง

2. สุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่คืนที่เพื่อคัดเลือกอำเภอเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้อำเภอที่ถูกคัดเลือกครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง และอำเภอที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม โดยให้อำเภอควนโดนเป็นกลุ่มทดลอง และอำเภอท่าแพเป็นกลุ่มควบคุม

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชุมชน อำเภอควนโดน และถูกส่งต่อมายัง รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในอำเภอควนโดน (4 รพ.สต. และ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) เพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 32 ราย

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกลุ่มควบคุมจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าแพ และถูกส่งต่อมายัง รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในอำเภอท่าแพ (5 รพ.สต. และ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 32 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และมีการจับคู่ (matching) ด้านอายุของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระดับน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (แบบวัดดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล, Barthel ADL Index) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดและเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ดูแลใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลใน 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) โดยมีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ (ภาคผนวก ข)

2. แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยในแผนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม วัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล วัสดุและอุปกรณ์ และการประเมินผลลัพธ์ (ภาคผนวก ข)

3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และไว้อ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน โดยคู่มือมีภาพประกอบ และคำอธิบายด้วยตัวอักษรอ่านง่าย เนื้อหาในคู่มือสื่อความหมายด้วยข้อความหนังสือ และรูปภาพประกอบสำหรับผู้ผู้อ่านออกเขียนได้ คู่มือมีเนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (หลอดเลือดสมอง) อาการและอาการแสดงของโรค การรักษาของโรค การป้องกันของโรค ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตมุสลิมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับพักผ่อน และการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ (ภาคผนวก ค)

4. สมุดบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้มีการปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตมุสลิม เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแล ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ (ภาคผนวก ค)

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 7) ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย 8) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 9) ลักษณะครอบครัว

10) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 11) การอยู่อาศัย 12) การสนับสนุนจากครอบครัว 13) โรคประจำตัว 14) ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 7) ความเพียงพอของรายได้ 8) แหล่งที่มาของรายได้ 9) หัวหน้าครอบครัว 10) การอยู่อาศัย 11) สาเหตุที่เจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง 12) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 13) ส่วนที่อ่อนแรงของร่างกาย 14) โรคประจำตัว 15) กำลังกล้ามเนื้อในส่วนของแขนและขา 16) สิทธิในการรักษาพยาบาล 17) ภาวะแทรกซ้อน 18) การรักษาที่ได้รับ

2. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 46 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ (ข้อที่ 9, 22, 34, 46) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) โดยประเมินความสามารถของผู้ดูแล 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1-14) 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 12 ข้อ (ข้อคำถามที่ 15-26) 3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 13 ข้อ (ข้อคำถามที่ 27-39) 4) และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ จำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามที่ 40-50) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความสามารถในการดูแล	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลค่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ซึ่งมีค่าระหว่าง 1-5 คะแนนสูงแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลสูง

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินบาร์เธลเอดีแอด (Barthel Index of Activities of Daily Living : Barthel ADL Index) เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาโดยมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1996) และได้แปลแบบประเมินบาร์เธลเอดีแอด (Barthel ADL Index) เป็นฉบับภาษาไทยโดยชวลี (2538) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร 2) กิจกรรมการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน

3) การอาบน้ำ 4) การสวมใส่เสื้อผ้า 5) การใช้ห้องสุขา 6) การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 7) การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 8) การเคลื่อนย้ายตัวเองจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 9) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 10) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองตามผู้ป่วยทำได้จริง การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ และมีเกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) และความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) มีการประเมิน 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ไม่สามารถทำเองได้เลย 0 คะแนน

ระดับที่ 2 สามารถทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือมาก 5 คะแนน

ระดับที่ 3 สามารถทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือบ้าง 10 คะแนน

ระดับที่ 4 สามารถทำตัวเอง 15 คะแนน

กิจกรรมความสามารถในการดูแลสุลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming) และกิจกรรมความสามารถในการอาบน้ำ (Bathing) มีการประเมิน 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ไม่สามารถทำเองได้เลย 0 คะแนน

ระดับที่ 2 สามารถทำตัวเอง 5 คะแนน

กิจกรรมอื่น นอกเหนือจาก 6 กิจกรรมนี้ ได้แก่ กิจกรรมรับประทานอาหาร (Feeding) กิจกรรมสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) กิจกรรมการใช้ห้องสุขา (Toilet use) กิจกรรมการกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) กิจกรรมการกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) กิจกรรมขึ้นบันไดหนึ่งชั้น (Stairs) มีการประเมิน 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ไม่สามารถทำเองได้เลย 0 คะแนน

ระดับที่ 2 สามารถทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน 5 คะแนน

ระดับที่ 3 สามารถทำตัวเอง 10 คะแนน

เมื่อได้คะแนนทั้ง 10 กิจกรรม นำมารวมกัน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของแบบวัดดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล, (Barthel ADL Index) ดังนี้

0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลยหรือพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด

25 - 45 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือพึ่งพาผู้ดูแลสูง

50 - 70 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางหรือพึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง

75 - 95 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากหรือพึ่งพาผู้ดูแลต่ำ

100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดหรือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล (3) สมุดบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล (4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาล (APN) มุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความเหมาะสมของโปรแกรมและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รวมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้ว มาแก้ไขปรับปรุงให้มีความถูกต้องเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ เพิ่มเติมเนื้อหาในหัวข้อการรับประทานอาหารของมุสลิม และปรับการเขียนคำที่ใช้ให้สอดคล้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.94 และ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลฯ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้เรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .97 และนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) นำไปใช้กับผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย โดยตรวจสอบความเที่ยงระหว่างคะแนนจากการสังเกตของผู้ประเมินทั้งสองคน (inter rater reliability: IRR) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (IRR) เท่ากับ 0.94

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2019-NSt 015 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดโปรแกรมระยะเวลาในการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเปิดโอกาสซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยก่อนตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือต้องการถอนตัวที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาและ จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาหรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด และในการบันทึกข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุลแต่จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษานี้เท่านั้น หากมีข้อสงสัยเรื่องใดที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวิจัยและตรวจสอบข้อมูลของตนเองที่ได้รับจากผู้วิจัยโดยตรงหรือผ่านทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา (ภาคผนวก ง)

## การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

1.2 จัดทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดสตูล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอทั้ง 2 แห่ง ในจังหวัดสตูล เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยในพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย

1.3 ภายหลังจากได้รับอนุมัติและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอควนโดนและสาธารณสุขอำเภอท่าแพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอควนโดน (4 รพ.สต. และ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าแพ (5 รพ.สต. และ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน)

1.4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิกษสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care : HHC) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมากกว่า 1 ปี แบ่งเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของอำเภอทั้ง 2 แห่งในจังหวัดสตูล อำเภอละ 2 คน โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติและการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ รวมทั้งการพิกษสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการทำวิจัย

## 2. ขั้นตอนการทดลอง มีกระบวนการ ดังนี้

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิกษสิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

### กลุ่มควบคุม (สัปดาห์ที่ 1 - 8)

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านในวันแรก ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป้าหมายของการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิกษสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งก่อนดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาและมีสิทธิในการไม่ตอบคำถาม โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการตามปกติ ส่วนข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะปกปิดแหล่งที่มาอย่างเคร่งครัด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามไว้เป็นหลักฐานในหนังสือยินยอมพิกษสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เพื่อเป็นข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (pre-test)

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มควบคุมมีการดำเนินชีวิตประจำวันและได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยให้คำแนะนำและคอยเป็นที่ปรึกษาผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) (post-test) ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแลไว้ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ช่วยวิจัยยินดีจัดโปรแกรมให้ ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### กลุ่มทดลอง

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1), ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) และติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการใช้คู่มือส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้าน และและสมุดบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล โดยส่งมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทุกรายสำหรับทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน มีขั้นตอนและรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลที่สอดคล้องกับแนวคิดวิธีการดำเนินชีวิตของมุสลิม ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) และความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที โดยมีการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ รวมทั้งแนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของกิจกรรมในแต่ละครั้ง ขอความร่วมมือผู้ดูแลและผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งพิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมพิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแสดงความสมัคร



ใจในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที เพื่อเป็นข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจและการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถ 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม ได้แก่ ระดับความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) และระดับความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ส่งเสริมความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาและความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย โดยมีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลที่สอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1.1 ด้านการรับประทานอาหาร ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผลจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น และการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน การจัดทำป้อนอาหารทางปากและทางสายยาง รวมถึงการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

1.2 ด้านการออกกำลังกาย และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย ได้แก่ ประโยชน์ในการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายผู้ป่วย หลักการและขั้นตอนในการออกกำลังกายของผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การเคลื่อนไหวย้ายและการฝึกเดินภายในบ้าน

1.3 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางวัน และนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ได้แก่ การจัดทำนอนที่เหมาะสม ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย การประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน

1.4 ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ วิธีการจัดการความเครียด ความวิตกกังวลและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมกหมอง คุณค่าในตัวเองลดลง พฤติกรรมแยกตัว เป็นต้น

2. ส่งเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลที่สอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับประทานอาหาร ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การเลือกวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่เหมาะสม การจัดเตรียมอาหารทางปากหรืออาหารทางสายยางที่ถูกต้องและดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เลือกรับประทานอาหารต้องตามแบบซุนนะห์ (ตามแบบท่านนบี) โดยบริโภคอาหารที่ฮาลาล (อาหารหรือสิ่งที่อนุมัติ) และต้องเป็นอาหารที่ต่อยียับัน (มีคุณค่าทางโภชนาการและมีประโยชน์ต่อร่างกาย) รวมทั้งอาหารที่รับประทานนอกจากนี้มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้อาหารกับผู้ป่วยและมีภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ และแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการรับอาหารเสริม

2.2 ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การเลือกกิจกรรมส่งเสริมผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ส่งเสริมกล้ามเนื้อแขนและขา การฝึกการเคลื่อนย้ายและการฝึกลุกนั่งหรือเดินภายในบ้าน การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (หลักปฏิบัติของอิสลาม) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) รวมทั้งจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อตนเองไม่ว่างหรือผู้ป่วยปฏิเสธผู้ดูแล

2.3 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกวิธีการพักผ่อนนอนหลับที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การจัดทำนอนที่เหมาะสม การจัดเวลาการเข้านอนและตื่นนอนที่เหมาะสมในแต่ละวัน โดยเพิ่มช่วงเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันและการฝึกออกกำลังกายให้ผู้ป่วยทำในช่วงกลางวัน การจัดหากิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การอ่านหนังสือ การอ่านหรือฟังเสียงอัลกุรอาน การละหมาด การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย เป็นต้น และส่งเสริมการนอนหลับในช่วงกลางคืน โดยฟังเสียงอัลกุรอานและซอดุอาร์ (ซอพร) ก่อนนอน รวมทั้งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ

2.4 ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณที่เหมาะสมของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย โดยการแสดงออกทั้งทางกายและการให้กำลังใจ เช่น การรับฟังและเปิดโอกาสระบายความรู้สึก การใช้คำพูดที่นุ่มนวล แสดงความเป็นห่วงใย เป็นต้น การเลือกกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการพูดคุยให้กำลังใจ หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าสนใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ การเลือกกิจกรรมส่งเสริมการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ การปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ์) ได้แก่ การละหมาด การอ่านอัลกุรอานหรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่านอัลกุรอาน สามารถฟังเสียงอัลกุรอานหรือผู้ดูแลอ่านอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง และการกล่าวซุอาร์ (ซอพร) เป็นต้น รวมถึง การระลึกถึงองค์อัลลอฮ์

(ซีกรุลลอฮฺ) การมอบหมายต่ออัลลอฮฺ การระงับความโกรธ (ซอบรฺ) และ การให้อภัย เพื่อให้จิตใจสงบ จิตใจสบาย รวมทั้งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

3. สิ่งที่ได้หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ได้มีบททวนความรู้ ความเข้าใจ โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และสามารถคิดตัดสินใจเลือกการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมตามหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและอุปสรรคในระหว่างได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกการประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลในประเด็นที่เข้าใจและไม่เข้าใจ เพื่อนำไปวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขครั้งต่อไป รวมทั้งสอบถามผู้ดูแลเรื่องเวลาที่สะดวกและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพื่อสอบถามอาการและอธิบายข้อสงสัยที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจและสอบถามผลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยจะติดตามทางโทรศัพท์ ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1) ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลสอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมในความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจและการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการวางแผน ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลเพื่อทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามเป้าหมายและช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถ 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวคิดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับประทานอาหาร ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการวางแผนปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและประเมินผล ได้แก่ การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสะอาดและสารอาหารครบถ้วน การทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง การจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนให้อาหาร และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

2.2 ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการวางแผนปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและประเมินผล ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันและการฝึกออกกำลังกายให้ผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนฝึกออกกำลังกายและเคลื่อนย้าย ลูกนั่งหรือเดินภายในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและปลอดภัย

2.3 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการวางแผนปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและประเมินผล ได้แก่ การจัดทำนอนที่เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา การประเมินการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอต่อวันของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวันของผู้ป่วย และการจัดกิจกรรมผ่อนคลายร่างกายในการพักผ่อนนอนหลับ

2.4 ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมความสามารถ ผู้ดูแลในการวางแผนปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและประเมินผล ได้แก่ การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในการยอมรับ ความเจ็บป่วยและปรับตัวได้เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลจิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ รวมทั้งวางแผนส่งเสริมการนำหลักการทางศาสนามาใช้ในการกำหนดเป้าหมายของชีวิต

3. ผู้วิจัยส่งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับ ผู้ดูแลและสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล พร้อมอธิบาย การใช้ เพื่อให้ผู้ดูแลไว้อ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน

4. สรุปสิ่งที่ได้หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมได้รับการส่งเสริมความสามารถ จนครบตามขั้นตอนที่กำหนดแล้ว ได้มีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ และทักษะ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม และให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแล แก่ไขกกิจกรรม ที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้องและมีการฝึกปฏิบัติดูแลดังกล่าวซ้ำ จนเกิดความมั่นคงและมั่นใจในศักยภาพ ของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและ อุปสรรคในระหว่างฝึกความสามารถ รวมถึงผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกการประเมินผลความสามารถ ของผู้ดูแลในประเด็นที่เข้าใจและไม่เข้าใจ เพื่อนำไปวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขครั้งต่อไป

ส่วนในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้ระยะเวลา 10-15 นาทีต่อครั้ง และ สอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีปัญหาหรือ ข้อสงสัยที่ยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะเพิ่มการเยี่ยมบ้านอีก 1 ครั้ง รวมทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้น จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกันกับผู้ดูแล สรุปและบันทึกประเด็น ปัญหาและแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ดูแล สามารถทำได้สำเร็จหรือปฏิบัติถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอย่าง ถูกต้องและคงไว้ซึ่งความพยายามอย่างต่อเนื่องและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว และถ้าหากผู้ดูแล มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 30- 45 นาที โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพุดคุยปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ ทำ กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และ สอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจ

2. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ดูแลในแต่ละด้าน และสอบถามความเข้าใจเนื้อหาคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตที่บ้านหลังจากที่ให้ไว้อ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงติดตามการบันทึกการปฏิบัติดูแล ผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตของผู้ดูแลในแต่ละด้านอย่างต่อเนื่อง

3. ทบทวนเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงประเมินผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ จากนั้นผู้วิจัยมีการสอนให้ความรู้

เพิ่มเติมและสาธิตซ้ำอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละด้านที่ผู้ดูแลต้องการและยังไม่เข้าใจ รวมทั้งจัดหาแหล่งข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

4. สนับสนุน ให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลในประเด็นที่เข้าใจและไม่เข้าใจ เพื่อนำไปวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขในการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ถัดไป

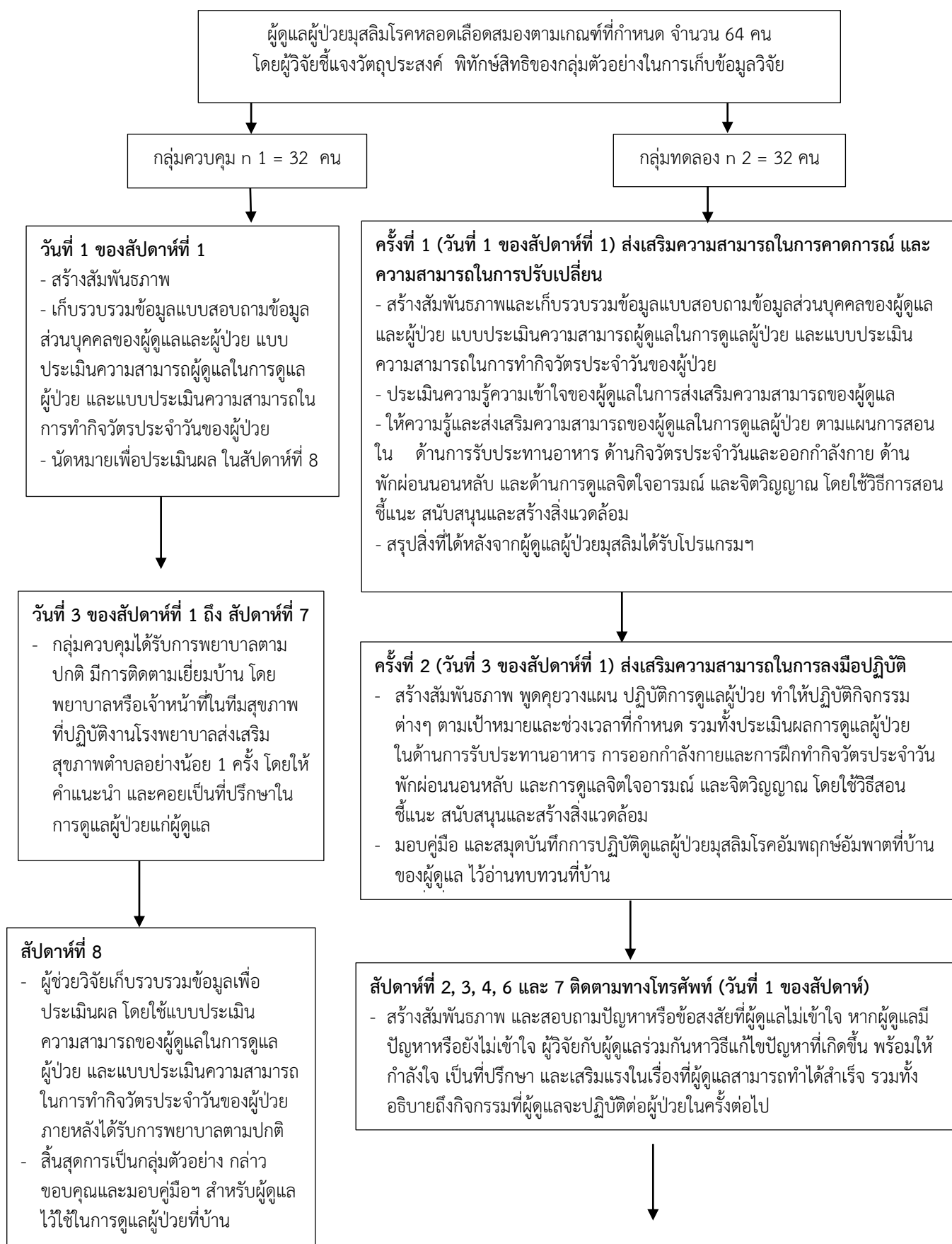
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามและประเมินผลโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้ระยะเวลารวมประมาณ 30-45 นาที โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายผู้ดูแล
2. ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) เพื่อเป็นข้อมูลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (post-test)

3. ผู้วิจัยรายงานผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยรับทราบการประเมินผลเปรียบเทียบกับในสัปดาห์แรก มีการเสริมแรงกล่าวชมเชยให้กำลังใจ และส่งเสริมความมั่นใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นเปิดโอกาสพูดคุยซักถามและร่วมกับวิเคราะห์สิ่งที่ทำให้บรรลุและไม่บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งประสานเจ้าหน้าที่ทีมงานเวชกรรม ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้วิจัยสรุปผลของการใช้โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งกล่าวขอบคุณ และแจ้งการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังภาพ 2



**ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน**

- สร้างสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและอุปสรรคที่พบในระหว่างที่ทำการกิจกรรม รวมทั้งติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมฯ
- ทบทวนความรู้ความเข้าใจผู้ดูแลหลังจากที่ได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยครั้งที่แล้ว และสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติม ด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม รวมถึงติดตามการใช้คู่มือและสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล

**ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามและประเมินผลการใช้โปรแกรม**

- ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผล โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- เสริมแรง กล่าวชมเชยให้กำลังใจ และส่งเสริมความมั่นใจในการใช้โปรแกรม
- สิ้นสุดในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง กล่าวขอบคุณ

ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลองวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยหาค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัวความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สาเหตุความเจ็บป่วย ส่วนที่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) โรคประจำตัว ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ส่วนข้อมูลที่อยู่ในระดับมาตราส่วนขึ้นไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ได้แก่ อายุ
3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติที โดยทดสอบ ดังนี้
  - 3.1 การกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test และพิจารณาจากค่า z-value ของความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน  $\pm 1.96$  พบว่า ข้อมูลคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และคะแนนความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ค)

3.2 การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติลีวินส์ (Levene's test) พบว่า ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ภาคผนวก จ)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวินิจฉัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) ผลการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Pair t-test)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.75 ร้อยละ 87.50) ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 44.22 ปี (SD=10.32) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 44.44 ปี (SD=11.16) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 81.25 ร้อยละ 65.62) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.75 และร้อยละ 40.62) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 46.88) กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 46.88) รายได้ของครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 43.75 และ ร้อยละ 46.88) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 46.88 และร้อยละ 56.25) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 34.37 และร้อยละ 25.00) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 90.63) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.50) รายละเอียดตามตาราง 1

ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตาราง 1

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ( $N=64$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Statisti cs value	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.74 <sup>a</sup>	.32
ชาย	2	6.25	4	12.50		
หญิง	30	93.75	28	87.50		
อายุ (ปี)					.08 <sup>b</sup>	.93
	M =44.22	SD=10.32	M =44.44	SD=11.16		
	(Min=19, Max=63)		(Min=18, Max=68)			
สถานภาพสมรส					2.00 <sup>a</sup>	.16
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	6	18.75	11	34.37		
คู่	26	81.25	21	65.62		
ระดับการศึกษา					.10 <sup>a</sup>	.95
ประถมศึกษา	11	34.37	11	34.37		
มัธยมศึกษา	14	43.75	13	40.63		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	7	21.88	8	25.00		
อาชีพ					5.62 <sup>c</sup>	.13
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	9.37	6	18.75		
เกษตรกรกรรม	15	46.88	7	21.87		
ค้าขาย/รับจ้าง	9	28.13	15	46.88		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	15.62	4	12.50		
ความเพียงพอของรายได้					1.21 <sup>c</sup>	.55
พอใช้เหลือเก็บ	6	18.75	3	9.37		
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	14	43.75	15	46.88		
ไม่พอใช้	12	37.50	14	43.75		

<sup>a</sup> = Pearson Chi-square, <sup>b</sup> = Independent test, <sup>c</sup> = Likelihood Ratio

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Statisti cs value	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					.75 <sup>a</sup>	.69
บุตร	15	46.88	18	56.25		
คู่สมรส	11	34.37	8	25.00		
พี่/น้อง/หลาน	6	18.75	6	18.75		
การสนับสนุนของสมาชิกครอบครัว					.00 <sup>a</sup>	1.00
ไม่มี	3	9.37	3	9.37		
มี	29	90.63	29	90.63		
โรคประจำตัว					.00 <sup>a</sup>	1.00
ไม่มี	28	87.50	28	87.50		
มี	4	12.50	4	12.50		

<sup>a</sup> = Pearson Chi-square, <sup>b</sup> = Independent test, <sup>c</sup> = Likelihood Ratio

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.38 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.50) ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.59 ปี (SD=11.63) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.50 ปี (SD=10.54) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 71.88) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 53.13) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 53.12 และร้อยละ 59.38)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาพักฟื้นที่บ้าน เป็นระยะเวลา 1 – 2 เดือน มากที่สุด และรองลงมาเป็นระยะเวลามากกว่า 2 – 3 เดือน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.63 และร้อยละ 40.63 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.75 และร้อยละ 28.12 ตามลำดับ) สาเหตุความเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (ร้อยละ 90.63 และร้อยละ 96.87) ส่วนที่อ่อนแรงของร่างกาย เป็นการอ่อนแรงซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.62 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.13) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกรด 3 (ยกแขนขาออกจากพื้นได้แต่ต้านแรงไม่ได้) รองลงมาอยู่ในระดับเกรด 4 (ยกแขนขาต้านแรงได้ไม่เต็มที่) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจ (Heart disease) (ร้อยละ 65.62 และร้อยละ 81.25) และส่วนใหญ่มีคะแนน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ในระดับน้อยหรือต้องการพึ่งพาผู้ดูแลสูง คะแนนอยู่ในช่วง 25-45 คะแนน (ร้อยละ 78.12 และร้อยละ 75.00) รายละเอียดตามตาราง 2

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตาราง 2

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ( $N=64$ )

ข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Statistics value	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.66 <sup>a</sup>	.80
ชาย	19	59.38	20	62.50		
หญิง	13	40.62	12	37.50		
อายุ (ปี)					.69 <sup>b</sup>	.49
	M=62.59 SD=11.63 (Min=39, Max=83)		M=64.50 SD=10.54 (Min=42, Max=81)			
สถานภาพสมรส					.80 <sup>a</sup>	.78
โสดหม้าย/หย่า/แยก	8	25.00	9	28.12		
คู่	24	75.00	23	71.88		
ระดับการศึกษา					2.91 <sup>a</sup>	.23
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	12.50	9	28.12		
ประถมศึกษา	23	71.88	17	53.13		
มัธยมศึกษา/ปริญญาตรี	5	15.62	6	18.75		
หัวหน้าครอบครัว					.25 <sup>a</sup>	.61
เป็น	17	53.12	19	59.38		
ไม่เป็น	15	46.88	13	40.62		

<sup>a</sup> = Pearson Chi-square, <sup>b</sup> = Independent test, <sup>c</sup> = Likelihood Ratio

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Statistics value	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระยะเวลาเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล					
< 2 สัปดาห์	2	6.25	2	6.25		
2 สัปดาห์ -1 เดือน	4	12.50	7	21.88		
> 1 เดือน -2 เดือน	13	40.63	14	43.75		
> 2 เดือน -3 เดือน	13	40.62	9	28.12		
สาเหตุความเจ็บป่วย					1.11 <sup>c</sup>	.29
หลอดเลือดสมองตีบตัน	29	90.63	31	96.87		
หลอดเลือดสมองแตก	3	9.37	1	3.13		
ส่วนที่อ่อนแรง					1.04 <sup>a</sup>	.31
ซีกซ้าย	21	65.62	17	53.13		
ซีกขวา	11	34.38	15	46.87		
กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)					0.63 <sup>a</sup>	.80
เกรด 4	15	46.88	14	43.75		
เกรด 3	17	53.12	18	56.25		
โรคประจำตัว					2.00 <sup>a</sup>	.16
ไม่มี	11	34.38	6	18.75		
มี	21	65.62	26	81.25		
ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)					.09 <sup>a</sup>	.77
น้อย	25	78.12	24	75.00		
ปานกลาง	7	21.88	8	25.00		

<sup>a</sup> = Pearson Chi-square, <sup>b</sup> = Independent test, <sup>c</sup> = Likelihood Ratio

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ภายหลังจากได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $M = 4.42, SD = .34; M = 2.46, SD = .41$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -34.73, p < .00$ ) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $M = 81.88, SD = 8.01; M = 39.06, SD = 10.19$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -26.72, p < .00$ )

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 2.85, SD = .40; M = 2.52, SD = .45$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -9.10, p < .00$ ) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 58.59, SD = 14.55; M = 39.38, SD = 12.23$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -20.12, p < .00$ ) รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired *t*-test) (N=64)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 32)		หลังทดลอง (n = 32)		$\bar{d}$	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	Mean	SD	Mean	SD			
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล	2.46	0.41	4.42	0.34	1.95	-34.73	.00
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	39.06	10.19	81.88	8.01	42.81	-26.72	.00
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล	2.52	0.45	2.85	0.40	.34	-9.10	.00
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	39.38	12.23	58.59	14.55	19.22	-20.12	.00

$\bar{d}$  =mean difference

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test) พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ( $M = 2.46, SD = 0.41; M = 2.52, SD = 0.45$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -.51, p = .61$ ) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 4.42, SD = 0.34; M = 2.85, SD = 0.40$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.86, p < .00$ )

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ

(Independent t-test) พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ( $M = 39.06$ ,  $SD = 10.19$ ;  $M = 39.38$ ,  $SD = 12.23$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -.11$ ,  $p = .91$ ) ภายหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 81.88$ ,  $SD = 8.01$ ;  $M = 58.59$ ,  $SD = 14.55$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.93$ ,  $p < .00$ ) รายละเอียดตามตาราง 4

#### ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ( $N=64$ )

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		$\bar{d}$	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
<b>ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล</b>							
ก่อนทดลอง	2.46	0.41	2.52	0.45	0.06	-.51	.61
หลังทดลอง	4.42	0.34	2.85	0.40	1.57	16.86	.00
<b>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย</b>							
ก่อนทดลอง	39.06	10.19	39.38	12.23	0.32	-.11	.91
หลังทดลอง	81.88	8.01	58.59	14.55	23.29	7.93	.00

$\bar{d}$  =mean difference

#### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษามูลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 44.22 ปี ( $SD=10.32$ ) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 44.44 ปี ( $SD=11.16$ ) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 51.56 และร้อยละ 46.88) สอดคล้องกับแนวคิดการดำเนินชีวิตของอิสลาม ซึ่งให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว โดยมุฮัมหมัดอาลี (2544) ได้กล่าวถึงสถาบันครอบครัวมุสลิมไว้ว่า ผู้หญิงมุสลิมได้ถูกกำหนดหน้าที่สำหรับการดูแลบ้าน อบรม และเลี้ยงดูลูก จัดหาความสะดวก



สบายและความพึงพอใจให้แก่สามีและลูก ส่วนหน้าที่ของลูก คือ การเคารพและเชื่อฟังพ่อแม่ และเมื่อเติบโตแล้วจะต้องรับใช้พ่อแม่ และจัดหาสิ่งจำเป็นให้แก่ท่านทั้งสอง และสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากสังคมคาดหวังจะให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย และเมื่อบิดาหรือมารดาเจ็บป่วย บุตรจะมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยบุตรสาวจะถูกเลือกให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าบุตรชาย (สุตศิริ, 2541) พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตรมากที่สุด ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจมากกว่าบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว (จรรยา, 2554) สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยมุสลิมที่การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลานและญาติ (Subgranon, 1999) และยูซุฟ และสุภัทร (2551) กล่าวว่า ความเชื่อของมุสลิม ซึ่งมีกรอบความเชื่อ การดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมประเพณีของครอบครัวในบริบทมุสลิม จะมีการใช้ชีวิตโดยยึดมั่นในหลักความศรัทธา การปฏิบัติและหลักจริยธรรม เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยต้องการการดูแล พึ่งพา ถือว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และถือว่าเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามหลักศาสนา และพบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ มุฮัมหมัดอาลี (2544) กล่าวว่า ครอบครัวจะมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของครอบครัวและเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้มุสลิมทั้งหมดเป็นพี่น้องกัน เมื่อมีคนเจ็บป่วยต้องคอยให้กำลังใจกันและช่วยกันดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่ม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.59 ปี (SD=11.63) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.50 ปี (SD=10.54) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจ (Heart disease) ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย (วิษณุ, 2550) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีระยะเวลาเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักที่บ้านไม่เกิน 3 เดือน โดยพบว่ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง มากกว่า 1 - 2 เดือนมากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอยู่ในช่วงที่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแรกและอาการที่ดีขึ้นจะคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อยในระยะหลังหรือภายใน 3 เดือน ดังนั้นการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในระยะ 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจของผู้ป่วย และความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ถ้าหลัง 6 เดือน ทำให้การฟื้นตัวช้าลงและการฟื้นฟูสภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่อาจยังมีความบกพร่องทางกายหลงเหลืออยู่ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นหลังการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนแรกจึงเป็นช่วงเวลาที่

สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. รูปแบบวิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) นำมาสร้างโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทสูงขึ้น (จุฬาวรี, ศิริกาญจน์ และวราภรณ์, 2560) จึงนำวิธีการดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลใน 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Orem, 2001) ร่วมกับนำแนวคิดวิธีการดำเนินชีวิตของมุสลิมมาใช้ในโปรแกรมฯ ซึ่งมีการติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น การศึกษาของวาสนา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

1.1 การสอน ผู้วิจัยสอนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล โดยเริ่มจากการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์โรคของผู้ป่วยและความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล จากนั้นสอนการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องใน 4 ด้าน โดยสอนเน้นในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ สอนเสริมจากความรู้และประสบการณ์เดิม และให้ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มั่นใจ และขณะสอนให้ความรู้ มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล และให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจและเรียนรู้ได้ดี รวมทั้งมีการฝึกทักษะร่วมกันกับผู้ดูแลแต่ละราย และให้ปฏิบัติการดูแลจริง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การสอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ และสอนเสริมจากความรู้และประสบการณ์เดิม จะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้และเรียนรู้ได้ดีขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน จะช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ได้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความพร้อมของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี และเกิดความมั่นใจในกิจกรรมที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสอนจำเป็นต้องคำนึงถึงผู้เรียนที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยได้แบ่งการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลที่บ้านเป็น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 สอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) โดยสอนผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) โดยสอนผู้ดูแลในการตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดำเนินชีวิตของมุสลิมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนครั้งที่ 2 สอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) โดยสอนผู้ดูแลในการวางแผน ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลการปฏิบัติ โดยมีระยะเวลาในการสอนแต่ละครั้ง ประมาณ 30-45 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้และจดจำได้มากที่สุด (สมจิต, 2543) อีกทั้งมีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะที่บ้านผู้ดูแลแต่ละราย และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลจริง ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เพิ่มเติมมากขึ้น และช่วยเพิ่มความเข้าใจ สามารถจดจำได้นานขึ้น จนเกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราภรณ์ (2558) พบว่าศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยมีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สอนผู้ดูแลในการประเมินการรับรู้เข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับนำแนวคิดการดำเนินชีวิตมุสลิมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่

1.1.1 ด้านการรับประทานอาหาร การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และรับประทานอาหารที่ศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ โดยบริโภคอาหารที่ฮาลาล (อาหารหรือสิ่งที่ไม่อนุมัติ) และต้อยยิบัน (มีคุณค่าทางโภชนาการ) ทั้งนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลเข้าใจในข้อจำกัดดังกล่าว และผู้ดูแลยินดีที่จะให้ความใส่ใจต่อผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการจัดเตรียมอาหาร จนถึงช่วงเสร็จสิ้นที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารดังกล่าว หลังจากสอนให้ความรู้ผู้ดูแล ทำ

ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สามารถบอกชนิดของอาหารที่ถูกหลักศาสนาและเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย มีสารอาหารครบถ้วนและสะอาด การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย หลีกเลียงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และอาหารที่ให้พลังงานสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ (มาตีฮะห์, 2560) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเลือกบริโภคอาหารตามหลักการของศาสนาแต่ละมือได้รับพลังงานที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย

1.1.2 ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ดูแลมีส่วนในการกระตุ้นการทำท่าละหมาดตามหลักปฏิบัติของอิสลาม โดยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนท่าทางให้มีความเหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางคนที่ไม่สามารถกระทำท่าทางเพื่อท่าละหมาดได้ จึงปรับเปลี่ยนเป็นให้นั่งละหมาดแทนโดยมีอุปกรณ์ช่วยประคองร่างกายเพื่อให้นั่งได้อย่างมั่นคง และฝึกสังเกตเวลาที่ผู้ป่วยละหมาด พยายามปล่อยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในลักษณะที่ตัวเองทำได้ก่อน ช่วยประคองเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยทำได้เต็มที่แล้ว ในช่วงแรกนี้ผู้วิจัยพบว่า ยังเป็นการยากที่จะฝึกปฏิบัติเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อแขนขา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอายุมาก ส่วนใหญ่ค่อนข้างเป็นผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี แต่การประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการออกกำลังกาย โดยท่าละหมาดให้ครบ 5 เวลา (ละหมาดบังคับ) และละหมาดสุนัต (ละหมาดนอกเหนือละหมาดบังคับ) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพินญา (2553) ที่ว่าการท่าละหมาด ลักษณะการปฏิบัติมีความใกล้เคียงกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

1.1.3 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลบอกถึงการนอนหลับพักผ่อนที่ดีและการจดบันทึกผลของกิจกรรมลงในสมุดบันทึกได้อย่างเคร่งครัด บางครั้งเกิดปัญหาขึ้นในผู้ป่วยบางราย เช่น หากมีสภาพอากาศที่ไม่ดี ฝนตกหนัก หรือฟ้าร้อง ผู้ป่วยมักมีความกังวลใจจนทำให้นอนหลับไม่สนิท หรือผู้ป่วยที่นอนหลับพักผ่อนตอนกลางวันมาก เมื่อถึงเวลากลางคืนจะนอนไม่หลับ จนมาหลับตอนรุ่งเช้า ผู้วิจัยจึงชี้แนะทางเลือกให้ผู้ดูแลพยายามให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายและออกกำลังกายในช่วงเวลากลางวัน พยายามให้นอนช่วงกลางวันเวลาสั้น ดูแลจัดท่านอนที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และส่งเสริมให้มีการท่าละหมาดให้ครบ 5 เวลา (ละหมาดบังคับ) และละหมาดสุนัต (ละหมาดนอกเหนือละหมาดบังคับ) นอกจากนี้ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลฝึกให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สบายก่อนนอน โดยอาจฟังเสียงหรืออ่านอัลกุรอานและซอฮาร์ (ขอพร) ก่อนนอน

1.1.4 ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยแสดงตนว่าพร้อมจะอยู่เคียงข้างผู้ดูแลตลอดเวลา พร้อมจะรับฟังผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าอุปสรรคที่พบเจอขณะดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลบางคนให้ผู้ป่วยได้ทำในกิจกรรมที่ชอบ และผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่เสมอ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลเข้าใจในเรื่องการรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องรักษา ในส่วนของการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณตามหลักการอิสลาม มีส่วนช่วยในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการปฏิบัติศาสนกิจ (อิบาดะฮ) เพื่อทำให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ จิตใจสบาย และเกิดความผ่อนคลายทั้งกายและใจมาก

ขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการอ่านหรือฟังเสียงอัลกุรอาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (รอฮานา, 2552)

1.2 การชี้แนะ โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ ชี้แนะ โดยให้ทางเลือกหรือข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและรับทราบถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมต่างๆ และให้การชี้แนะผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ดูแลอย่างถ่องแท้ และตรงตามความต้องการของผู้ดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการชี้แนะและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (นิภาภัทร, 2548) นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาได้ทันที

1.3 การสนับสนุน โดยผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ และวัสดุสิ่งของ โดยมีการทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรม พุดคุยให้กำลังใจและชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สานิตซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ดูแลไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งได้ปรึกษา ช่วยเหลือ จัดการปัญหาและอุปสรรคแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตลอดจนจัดหาแหล่งข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาหรือข้อสงสัย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนโดยการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การให้กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน ล้วนทำให้ผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง (มยุรี, 2559 อ้างอิงใน House, 1981) และการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสอนโดยใช้สื่อการสอนประกอบ และสนับสนุนคู่มือแก่ผู้ดูแล เพื่อให้อ่านและทำความเข้าใจได้เองภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (ขวัญใจ, 2556)

1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เช่น จัดวางสิ่งของต่าง ๆ อย่างเป็นระเบียบ สะดวกในการใช้งานและปลอดภัย รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์การใช้ออกช่วยเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่อ่อนแรง ผู้ดูแลบางรายได้จัดทำสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เหมาะสมกับสรีระและการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย โดยจัดทำแบบง่ายๆ เช่น ทำราวจับจากเตียงยาวไปถึงห้องน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนตัวไปทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และในห้องน้ำทำราวไม้ไว้สำหรับนั่งประคอง แต่ผู้ดูแลช่วยดูแลทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความใส่ใจของผู้ดูแล บางรายประยุกต์ใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ถูทราย ลูกบอลนำมาใช้ในการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและบริหารร่างกายผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ อย่างปลอดภัยจากผู้วิจัย ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมและจัดอุปกรณ์ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของผู้ใช้บริการเป็นสิ่งจำเป็นและควรใช้ในการดูแลครอบครัว ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการนับถือบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา สามารถเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้

ด้วย ดังนั้นวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวได้ว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาไทย ซึ่งมีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน อุปกรณ์ต่าง ๆ ดัดแปลงจากวัสดุที่จัดหาได้ในชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาของประชาชนในท้องถิ่น ได้แก่ การประดิษฐ์ลูกบอลสำหรับบริหารนิ้วมือและฝ่ามือ การสร้างถาดทรายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อ และการใช้รอกสำหรับออกกำลังกายผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (พรชัย, 2556)

2. การใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลใช้อ่านทบทวนและใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม กระชับ ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีรูปภาพประกอบ มีการยกตัวอย่างอาหารที่นิยมบริโภคกันในชุมชนของมุสลิม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและจดจำได้มากขึ้น ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้คู่มือแก่ผู้ดูแลประกอบการสอนให้ความรู้ เพื่อให้ผู้อ่านและทบทวนทำความเข้าใจได้เองภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (ขวัญใจ, 2556) ดังนั้นการให้ความรู้ โดยการสอนเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีคู่มือประกอบการให้ความรู้ นอกจากนี้มีการมอบสมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ดูแลใช้บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลทราบผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสวรินทร์, วัลภา, และเขมมาธิ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คู่มือประกอบการให้ความรู้และสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลทราบผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และผู้วิจัยสามารถใช้ในการติดตามและประเมินผลความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการวิจัยหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

3. การติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5 และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแลในแต่ละสัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 เพื่อการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าปัญหาของผู้ดูแลแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงต้องมีการชี้แนะและให้คำปรึกษาผู้ดูแลเป็นรายบุคคล แบบเผชิญหน้า (face to face communication) ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านภายใต้ข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจและเกิดภาวะสับสนในการดูแลผู้ป่วยบางประเด็น อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน จะเป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยมีการสอนให้ความรู้ ชี้แนะเพิ่มเติมและสาธิตซ้ำอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละด้านที่ผู้ดูแลต้องการและยังไม่เข้าใจ ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีการชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผล

ให้ผู้ป่วยมีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มยรี (2558) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแลในแต่ละสัปดาห์ เพื่อช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการดูแลผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง โดยผู้วิจัยสามารถติดตามและประเมินปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาและคำแนะนำได้ทันที พร้อมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจ และเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ดูแลสามารถทำได้สำเร็จหรือปฏิบัติถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และคงไว้ซึ่งความพยายามอย่างต่อเนื่อง (สวรินทร์, วัลภา, และเขมาวดี, 2556; Dunagan et al., 2005; Grant et al., 2002) จะเห็นได้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่า ในกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองด้วยเช่นกัน และคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลองและมีความแตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล โดยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งคอยเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปยังมีการฟื้นหายได้เองบางส่วน จึงทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ว่าการพยาบาลตามปกติมีส่วนช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นระดับหนึ่ง (วาสนา, 2559) แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลและผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีเท่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการพยาบาลตามปกติไม่ได้มีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง แต่ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและดี แต่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง (ตาราง 7) และพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแผลกดทับระดับ 1 (1 ราย) ข้อเริ่มติดแข็ง (1 ราย) ในขณะที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้มีการติดต่อประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องติดตามดูแลและประเมินผลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา (motor power) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกรด 4 (ต้านแรงได้ไม่เต็มที่) และรองลงมาระดับเกรด 3 (ยกแขนขาออกจากพื้นได้ แต่

ต้านแรงไม่ได้) รวมทั้งมีระดับเกรด 5 (ต้านแรงได้เต็มที่) (2 ราย) ซึ่งกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา (motor power) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกรด 3 และ 4 เท่าเดิม และไม่มีระดับเกรด 5 ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผล ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้เห็นผลจริง และผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้นและอยู่ในภาวะพึ่งพิงน้อยลง จนกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด

สรุป โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้น สามารถนำไปโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่งที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็วและสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามการนำโปรแกรมฯไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ควรมีการปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด และโดยการจับคู่ (matching) ด้านอายุของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมการพยาบาลดำเนินการที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

1.2 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล เป็นคู่มือที่นำมาใช้ประกอบเพื่อการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นรูปเล่มสำหรับผู้ดูแลมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ไว้อ่านทบทวนขณะอยู่บ้าน มีเนื้อหาครอบคลุมในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

1.4 สมุดบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล เป็นสมุดบันทึกส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้ควบคู่กับคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลใช้ในการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่วันตลอดการทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในเรื่องด้านการรับประทานอาหาร

อาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การอยู่อาศัย การสนับสนุนจากครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วย ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์

2.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of Activities of Daily Living: Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาโดยมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1996) และได้แปลแบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นฉบับภาษาไทยโดยขวลิ (2538)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบประเมินความสามารถผู้ดูแล นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .97 และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) นำไปทดลองใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างคะแนนจากการสังเกตผู้ประเมินทั้งสองคน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.94

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ภายในในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

## ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -34.73, p < .00$  และ  $t = -26.72, p < .00$  ตามลำดับ)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.86, p < .00$  และ  $t = 7.93, p < .00$  ตามลำดับ)

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บุตรสะใภ้ หลานสะใภ้ ซึ่งเปลี่ยนมานับถือศาสนาอิสลามภายหลังการสมรส ทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการนำวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านได้ทั้งหมดอย่างเต็มที่

2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง โดยใช้เกณฑ์คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนนอยู่ในระหว่าง 25-70 คะแนน) ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย (คะแนนอยู่ในช่วง 25-50 คะแนน) และกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 55-70 คะแนน) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงประชากรที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับอื่นได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้สนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนสามารถนำโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งในโปรแกรมมีการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ต้องศึกษาแนวทางการใช้โปรแกรม

ก่อนนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนสามารถนำโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมาปรับใช้ในการให้บริการสุขภาพ โดยพยาบาลสามารถนำแผนการจัดกิจกรรม คู่มือและสมุดบันทึกมอบหมายให้ทีมสุขภาพ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care giver: CG) สามารถนำไปใช้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้และสนับสนุนข้อมูลได้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการและสอดคล้องกับบริบทมุสลิม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามและประเมินผลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความคงอยู่ซึ่งความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2. ควรมีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรมฯ โดยเพิ่มช่องทางการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแลนอกเหนือจากการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Media) เช่น ไลน์ (LINE) เฟสบุ๊ก (Facebook) เป็นต้น เพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันต่อการแก้ไขปัญหาและตรงกับความต้องการของผู้ดูแล

## เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา พิริเวช. (2552). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 159-166). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.พี.เพรส.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพฯ: พราวเพรส (2002).
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2553). ศาสตร์ทางการพยาบาล. ใน วาโรณี เอี่ยมสวัสดิกุล (บรรณาธิการ), *เอกสารสอนชุดวิชาอนามัยและกระบวนการพยาบาล: Nursing Concept and Process*. กรุงเทพมหานคร: อรุณาการพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.พี.เพรส.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพิสสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่ : หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญตา บุญวาศ, ธีรรัตน์ สุภานันท์, อรุณีขุนทดดี, และนิมิตศุทธา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- ขวัญใจ ลือเมือง. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, สงขลา.
- ครองชัย หัตถา, สืบพงศ์ ธรรมชาติ, ธเนศ อภรณ์สุวรรณ, โชคชัย วงษ์ธานี, อ้อหมัด สมบูรณ์บัวหลวง, และปิยะ กิจถาวร. (2555). *มิติวัฒนธรรม : ประวัติศาสตร์และสภาพอนาคตคืนสู่สันติจังหวัดชายแดนใต้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา สัตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: ตระกูลไทย.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). *ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จรรุวรรณ ไผ่ตระกูล. (2559). *ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- จรรยาภิรักษ์ ป้อมเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 58-70.

- จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ. (2559). ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 149-160.
- จุฬารวี ชัยวงศ์นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิณ, และวราภรณ์ ยศทวี. (2560). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 203-217.
- จูไร เกลียงเกลา. (2547). ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิตติมา เจริญลิ้มประเสริฐ. (2555). *คู่มือการออกกำลังกาย : แบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อในผู้ป่วยอัมพาต (ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา แสงสุวรรณ. (2560). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา จักรปิง. (2552). ผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ชญชิตาดุษฎี ทูลศิริ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชนินทร์ ลีวานันท์. (2552). การนอนตามแบบอย่างท่านนบี. สืบค้นจาก <http://islamhouse.muslimthaipost.com/main/index.php?page=sub&category=55&id=19343>.
- ชวลี แยมวงษ์. (2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ณัฐชา ทานะมัย. (2550). ผลของโปรแกรมการสอนการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

- ณัฐตินา วิชัยดิษฐ์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะโภชนาการร่วมกับการให้ไข่ขาวเป็นอาหารเสริมต่อความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลและระดับอัลบูมินในเลือดของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดำรง แวอาลี. (2547). ความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาในทัศนะอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินต์ติ้งเฮ้าท์.
- ทศพร แสงศรีจันทร์. (2558). การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.
- ทิพากร กระเสาร์, จุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์, และสิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์. (2551). ผลของระบบการพยาบาล สนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลต่อความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลแพร, 16(1), 41-51.
- นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นพวรรณ ผ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นริสา สมะแอ. (2555). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นันทกาญจน์ ปักซี่. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- นิชธิมา ศรีจำนงและคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 26(1), 38-51.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลรามาศิบัติ*, 20(2), 236-248.
- นิรัชรา ลิลละย์กุล, และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). *วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรุษฎีบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- นิลาตีพะห์ นิโม. (2560). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการฝึกการหายใจและการฟัง อัลกุรอ่านต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (2560). *ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุญญาสา เมืองทอง. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุศรินทร์ รัตนาสีทธิ์. (2547). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ปิยนุช ภิญโย. (2557). *สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2550). *การกลับบ้านและกลับไปมีส่วนร่วมในสังคม. ในกึ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 281-292). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.พี.เพรส.*
- ผกามาศ ศรีหิรัญ. (2557). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทักษะความสามารถตนเองร่วมกับเครือข่ายสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐ และยุชูป นิมะ. (2552). *การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย.* สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.



- พนมกร หิรัญญัตติ. (2555). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พรชัย จุลเมตต์. (2556). *การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พรทิพย์พา ธิมายอม. (2554). *การดูแลกิจวัตรประจำวันและการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ในพรทิพย์ จักขุทิพ (เรียบเรียง), *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย.
- พัชรภรณ์ สิริรัตนานัน. (2558). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรี พร่อมมูล. (2551). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิรลักษ์ณ์ ลากหลาย. (2559). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับและความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ภรภัทร อิมโธฐ. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสมนึก สุกหงส์โสภณ. (2557) *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

- ภูริณัฐ ภัคดี. (2558). *อิทธิพลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตจากผู้พิการโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มยุรี ประชน. (2559). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- มาตีฮะห์ มะเก็ง. (2560). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มาหามะ เมาะมูลา, และคณะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มีติ๊ะ เหมมาน. (2559). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มุสลิมทีเนเจอร์. (2558ก). *วิถีชีวิตอิสลาม*. ค้นจาก [http://muslim-teenager.blogspot.com/2010/05/blog-post\\_7053.html](http://muslim-teenager.blogspot.com/2010/05/blog-post_7053.html)
- มุสลิมทีเนเจอร์. (2558ข). *สูตรบำบัดจิตใจให้เป็นสุข*. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม พ.ศ.2561, จาก [http://muslim-teenager.blogspot.com/2000/11/blog-post\\_9711.html](http://muslim-teenager.blogspot.com/2000/11/blog-post_9711.html)
- ยูซุฟ นิเมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่สงขลา และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รสศุคนธ์ เจืออุบลัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- รอฮานา อาแวน. (2552). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการอ่านอัลกุรอานต่อความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โรซินี อุปรา. (2551). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแล*. วารสารของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 12(2), 50-59.
- ลัดดา ศิลาเรียม. (2555). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาและระบบประสาทอื่น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วชิราพรรณ เทพิน. (2553). *ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- วารภรณ์ บุญเชียง, และวิลาวัลย์ เตือนราชภู่. (2556). *การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น*. เชียงใหม่ : ศูนย์บริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี เรืองมีและเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2559). *สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยบริการ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 27(3), 64-72.*
- วาสนา มุลฐี. (2559). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก้อปี้คอนเนอร์ ดิจิตอลปริ้นท์เซ็นเตอร์.
- วิษณุ กัมทรทิพย์. (2550). *ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ. ในกึ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 95-124). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.พี.เพรส.*
- ศรีสุดา วณาลีสิน, วิณา คันฉ่อง, และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2558). *ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพจิตตามหลักศาสนาอิสลาม ของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยมุสลิมที่อยู่ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 44-56.*
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล*. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข บริษัท ปียอนด์ แพ็บ ลิสซิ่ง จำกัด.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันต์โชค, และกฤษฎณี โหลสกุล. (2554). *ปัจจัยบางประการ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4(2), 36-52.*
- สมบัติ น้ำดอกไม้. (2558). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันในการพยาบาลอายุรศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิชญ์สิน จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2544). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน*. กรุงเทพมหานคร: มปป.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีวิทยาศาสตร์อิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ : สุขภาพจิต*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- สวรินทร์ หงษ์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมารตี มาสิงบุญ. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สถิติสาธารณสุข. (2561). *Public Health statistic A.D. 2014*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปงบประมาณ 2554*. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาลสาธารณสุขสำนักงานมัย.
- สุชาติ เสนาสนะ. (2560). *การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุธาสนี มั่นจิราวิทยานุกวัฒน์. (2559). *แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Best practice in stroke management)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, และกุลธิดา พานิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ*, 32(2), 68-79.
- สุพล บุญมาเลิศ. (2550). *วิถีมุสลิม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประสานมิตร.

- สุพิณญา คงเจริญ. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรม การกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาว ไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาร*, 40(1), 23-33.
- สุภาวดี ศรีปัด. (2558). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการเตรียมความพร้อมด้วย การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.
- สิรัชชา จิรจรรุภัทร, รัชณี นามจันทรา, และหทัยชนก บัวเจริญ. (2553). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง. *วารสารมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 13(26), 1-19.
- เสาวนีย์ กุลเสวตร์. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่ บ้าน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรอนงค์ กุลณรงค์. (2554). ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดใน บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรัญญา ไพรวลัย. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรุณี ชาญธวัชชัยและคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและระดับความพึงพอใจใน การดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลระยอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 25(1), 78-89.
- อะห์หมัดมุสตอฟา อาลีไต้ละง. (2556). อัลกุรอานบำบัดโรค คาถาปิดเป่าภัย. ม.ท.ป.
- อารีสา ชินประพัทธ์. (2553). อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อภันตรี บัวเหลือง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะ ฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- อัญชลี ยศกรณ (2551). ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองต่อการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- อุ้นเรือน ศรอากาศ วรณณี เดียววิเศษ และจินตนา วัชรสินธ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล. *วารสารวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 86-93.
- อึบนี้กอยยิม อึลญ่ชึยะหึ. (2548). *การแพทยัตามแนวทางท้งศาสตามูฮั่มมัด ชล.* (กษิตึช ครึสง่า, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ พ.ศ. 2548).
- Ang, S. Y., et al. (2013). "A Qualitative study into stroke caregivers' educational need- perspectives of caregivers and healthcare professionals." *Proceedings of Singapore Healthcare*. 22(3): 166.
- Bauer P, Krewer C, Golaszewski S, Koenig E, Muller F. (2015). Functional electrical stimulation-assisted active cycling - therapeutic effects in patients with hemiparesis from 7 days to 6 months after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 96(2): 188-196.
- Braddom R. (2017). *Physical medicine and rehabilitation* (4th ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Chan, W. S., Ray, J., Wai, E. K., Ginsburg, S., Hammah, M. E., Corey, P. N., & Ginsberg, J. S. (2004). Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives. *Arch Intern Med*, 164(1), 741 - 747.
- Carrozzella, J., & Jauch, E. C. (2002). Emergency stroke management. *Emergency Nursing*, 37(1), 35-55.
- Dai, C.H. & Gyi, A.A. (2009). The effect of interventions directed to informal caregivers on strong patients' activity of daily living. *A systematic review protocol JBISRIR*, 7(24), 10-18
- Dunagan, W. C., Littenberg. B., Ewald, G, A., Emery, E. B., Silverman, D. C., & Roger, J. G. (2005). Randomized trial of nursing-administered, telephone-based disease management program for patient with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11(5). 358-365.
- Edwardson MA, Dromerick AW. (2016). *Ischemic stroke prognosis in adults*. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ischemic-stroke-prognosis-in-adults>.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weave, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of survivors after rehabilitation. *Journal of the American Heart Association*, 33, 2060-2065.
- Hauser, S. L., & Josephson, S. A. (2010). *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: The McGraw-Hill.

- Hickey, J. V. (2009). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. (6th ed.). United States of America: Wolter Kluwer Health.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Jongbloed L. (1986). Prediction of function after stroke: *a critical review*. *Stroke*; 17(4), 765-76.
- Li Yang, Qiuli Zhao, Xuemei Zhu, et al.(2017). Effect of a comprehensive health education program on pre-hospital delay intentions in high-risk stroke population and caregivers. *Qual Life Res*. 26, 2153-2160.
- Mahoney FI., and Barthel D. *Functional evaluation: The Barthel Index*: Md State Med J 1965, 14, 56-61.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6<sup>th</sup> ed.) New York: McGraw- Hill Book Company.
- Porth, C. M., & Matfin, G. (2009). *Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ragasdale, D., Yarbrough, S. & Lasher, A.T. (1993). Using Social Support Theory to Care for CVA Patients. *Rehabilitation Nursing*, 18 (July - August), 213 – 220.
- Shah MV. Sexuality after Stroke. In: Stein J, Harvey RL, Macko RF, Winstein CJ, Zorowitz RT, editors. (2009). *Stroke recovery & rehabilitation*. New York: Publication services, Inc.
- World Health Organization. (2016). Stroke Cerebrovascular accident health topic. Retrieved Nov 22, 2017, From [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/)

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างของสูตรของโคเฮน (Cohen as cited in Polit and Beck, 2012)

$$\text{Effect size} = \frac{(\bar{x}_E - \bar{x}_C)}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{(SDE^2 + SDC^2 / 2)}$$

$$\bar{x}_E = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}$$

$$\bar{x}_C = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม}$$

$$SD_E = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง}$$

$$SD_C = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

การศึกษาของวาสนา (2559) เป็นการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยมีรูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design) โดยมีตัวแปรตามคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

$$\text{กลุ่มทดลอง } \bar{x}_E = 17.03 \quad SD_E = 3.91$$

$$\text{กลุ่มควบคุม } \bar{x}_C = 15.87 \quad SD_C = 3.16$$

$$\text{แทนค่าในสูตร Pooled SD} = \sqrt{(3.91^2 + 3.16^2 / 2)}$$

$$= \sqrt{15.28 + 9.98 / 2}$$

$$= \sqrt{2.65}$$

$$= 1.63$$

$$\text{แทนค่าในสูตร ES} = 17.03 - 15.87 / 1.63$$

$$= 0.71$$

ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.70 เป็นการกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่มากและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.70 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่นิยมใช้กันทั่วไปและมีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ (Polit & Back, 2004) แล้วนำค่าอำนาจทดสอบ (power) = 0.80 นำมาเปิดตารางของโพลิตและเบค (Polit & Back, 2004) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 การวิจัยนี้จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Polit & Back, 2004) จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน

## ภาคผนวก ข

### โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

#### ส่วนที่ 1 คำชี้แจงการใช้โปรแกรม

##### ชื่อโปรแกรมการพยาบาล

โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและ  
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

##### บทนำ

โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง เป็นชุดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 2001) ในส่วนของทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (theory of supportive-educative nursing system) และพัฒนามาจากการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุชาวดี (2560) และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณมากขึ้น ตลอดจนผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของมุสลิมตามความเหมาะสมต่อไป

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ดูแลใช้เป็นรูปแบบในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินมุสลิม ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการนอนหลับพักผ่อน และ 4) ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมทั้งสามารถติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านการนอนหลับพักผ่อน และ 4) ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมุสลิมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนถึงเข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่เกิน 3 เดือน และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสตูล

### ส่วนประกอบของโปรแกรม

1. โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
2. แผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง
3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล
4. สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล

แผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของ สัปดาห์ที่ 1) 45 – 60 นาที	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ</p> <p>2. เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (pre-test)</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป้าหมายของการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนระยะเวลาของกิจกรรมในแต่ละครั้งและรายละเอียดของโปรแกรมฯ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการยินดียอมรับเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>-“สละมอะลัยกุม/สวัสตีคะคุณ.....ดิฉันชื่อ วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ เรียกชื่อเล่นว่า ไอลา เป็นพยาบาลวิชาชีพ ขออนุญาตเรียกชื่อคุณว่าอย่างไรคะ”</p> <p>-“วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ลดภาระและลดค่าใช้จ่ายผู้ดูแล อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น”</p> <p>-“ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ วันที่ 1 ของสัปดาห์และวันที่ 3 ของสัปดาห์, สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งใช้ระยะเวลาแต่ละครั้ง ประมาณ 45-60 นาที และจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 เพื่อติดตามผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้ระยะเวลา 10-15 นาทีต่อครั้ง”</p>	<p>1. เครื่องวัดความดันโลหิต</p> <p>2. เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>3. ที่วัดส่วนสูง</p> <p>4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>5. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จากการสังเกตสีหน้าท่าทางและพฤติกรรม และการแสดงความสนใจและมีการซักถาม</p> <p>2. ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (pre-test)</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>2. ผู้ช่วยวิจัยทำการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินก่อนเข้าโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง</p>		
	<p>1. เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อส่งเสริมการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>- สอบถามผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพูดคุยประเด็นรับรู้ปัญหาและสภาพปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- ประเมินการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์และสภาพปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วย</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมความสามารถในการคาดการณ์ ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที</b></p> <p>1. ประเมินการรับรู้ปัญหาและเข้าใจสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สอบถามผู้ดูแล เปิดโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูล ประสบการณ์ และสภาพปัจจุบันที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาสาเหตุปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul> <p>-“อยากให้คุณเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์อัมพาตหรือโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคนี้อ”</p> <p>ผู้วิจัยใช้คำถามเกริ่นนำเกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์อัมพาต</p> <p>-“การดูแลผู้ป่วยและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง</p> <p>-“ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นหรือมีอาการแยลงหรือไม่ อย่างไร”</p> <p>-“ผลกระทบของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตมีอะไรบ้าง”</p> <p>-“หากคุณไม่ดูแลผู้ป่วย ทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล</p> <p>2. สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้ดูแลมีการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>อะไรบ้าง”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เปิดประเด็นรับรู้ปัญหาและเข้าใจสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul> <p>-“โรคอัมพฤกษ์อัมพาตเป็นโรคที่ผู้ป่วยสามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้มากที่สุดได้ หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างเหมาะสม”</p> <p>-“ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและกลับมาเป็นปกติได้มากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>-“หลังจากที่ให้การดูแลผู้ป่วย คุณสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบ้าง และผู้ป่วยได้รับการรักษาอะไรบ้าง”</p> <p>-“มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้อย่างไรบ้าง”</p> <p>-“จากการดูแลผู้ป่วย คุณได้ดูแลเรื่องอะไรบ้าง และดูแลเรื่องนั้นๆอย่างไร”</p> <p>-“ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของคุณมีอะไรบ้าง”</p> <p>2. การสอน โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สอบถามและประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ด้านพักผ่อนนอนหลับและด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ หลักจากนั้นสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้าน</li> </ul> <p>-“1). ด้านการรับประทานอาหาร ต้องดูแลผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้างและมีแนว</p>		

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>ทางการดูแลผู้ป่วยอย่างไร”</p> <p>-“การดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยเรื่อง ประเมินภาวะโภชนาการ ผลจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และ การบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนและเคี้ยว การฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากและทางสายยาง การจัดทำป้อนอาหารทางปากและทางสายยาง รวมถึงการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย”</p> <p>-“2). ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องดูแลผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้างและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างไร”</p> <p>-“ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยเรื่อง ประโยชน์ในการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายผู้ป่วย หลักการและขั้นตอนในการออกกำลังกายของผู้ป่วย ขั้นตอนการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การเคลื่อนย้ายและการฝึกเดินภายในบ้าน”</p> <p>-“3). ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ต้องดูแลผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้างและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างไร”</p> <p>-“ด้านพักผ่อนนอนหลับ ประกอบด้วยเรื่อง การจัดทำนอนที่ถูกต้องเหมาะสม ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย วิธีการประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย วิธีการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอนหลับ”</p> <p>-“4). ด้านพักผ่อนนอนหลับ ต้องดูแลผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้างและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างไร”</p> <p>-“ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยเรื่อง วิธีการสังเกต การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย วิธีการจัดการความเครียด</p>		



ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
	<p>3. เพื่อคิดและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ผู้ดูแลมองสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง</p>	<p>ความวิตกกังวลและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด”</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยน</b> ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที</p> <p>1. การชี้แนะ โดยให้คำแนะนำ ทางเลือกหรือแนวทางในการดูแลที่จำเป็นในการคิดและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เปิดประเด็นคิดวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตนเอง</li> <li>-“การดูแลผู้ป่วยโรคนี้อยู่ในความดูแลของตนเอง เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายแต่ก็ไม่ยาก ซึ่งมีแนวทางจากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพ”</li> <li>-“คุณคิดว่าเรื่องใดที่คุณสามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของคุณได้ดี”</li> <li>-“คุณคิดว่าสาเหตุอะไรที่ทำให้คุณสามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของคุณได้ดี”</li> <li>-“คุณคิดว่าเรื่องใดที่คุณอยากเรียนรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของคุณ”</li> <li>-“คุณมีแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในความดูแลของคุณอย่างไร”</li> <li>-“เมื่อคุณพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในความดูแลของคุณ คุณมีเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหานั้นอย่างไร”</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้คำแนะนำ ชี้แนะทางเลือกหรือแนวทางในการคิดและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งบอกประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล</li> </ul>		<p>3. ผู้ดูแลเกิดการคิดและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>-“คุณสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลที่คุณดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของคุณให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตของอิสลามเมื่อเจอปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร”</p> <p>-“วิธีการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำหลักการศาสนาและการปฏิบัติทางศาสนา ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องตามหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม 4 ด้าน ได้แก่</p> <p>1) ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยเรื่อง การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การจัดเตรียมอาหารทางปากหรืออาหารทางสายยางที่ถูกต้องและการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ การจัดเตรียมอาหารที่ฮาลาล (อาหารที่อนุมัติให้รับประทานได้) และเป็นอาหารที่ต้อยยิบัน (อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและมีประโยชน์ต่อร่างกาย) รวมทั้งเป็นอาหารที่ตามแบบสุนนะห์ (ตามแบบท่านนบี) นอกจากนี้มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้อาหารกับผู้ป่วย การสำลักอาหาร และมีภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับรับประทานอาหารเสริม”</p> <p>2) ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยเรื่อง การเลือกกิจกรรมส่งเสริมผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ส่งเสริมกล้ามเนื้อแขนและขา การฝึกการเคลื่อนย้ายและการฝึกลุกนั่งหรือเดินภายในบ้าน การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (หลักปฏิบัติของอิสลาม) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ) รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลไม่</p>		

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>ว่างหรือผู้ป่วยปฏิเสธผู้ดูแล</p> <p>3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ประกอบด้วยเรื่อง การจัดท่านอนที่เหมาะสม การจัดเวลาการเข้านอนและตื่นนอนที่เหมาะสมในแต่ละวัน การเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและต้องการทำ เช่น การอ่านหนังสือ การอ่านหรือฟังเสียงอัลกุรอ่าน การละหมาด การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย เป็นต้น และเลือกกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับในช่วงกลางคืน โดยฟังเสียงอัลกุรอ่านและซอฮุอาร์ (ซอพร) ก่อนนอน รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ</p> <p>4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยเรื่อง การเลือกกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย การเลือกกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการพูดคุยให้กำลังใจ หรือให้ผู้ดูแลเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าสนใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ การเลือกกิจกรรมส่งเสริมการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีการอ่านอัลกุรอ่านหรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่านอัลกุรอ่านสามารถฟังเสียงอัลกุรอ่านหรือผู้ดูแลอาจจะอ่านอัลกุรอ่านให้ผู้ดูแลฟัง รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์”</p> <p>2. การสนับสนุน ให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือจัดการปัญหาอุปสรรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-“คุณตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับหลักการดำเนินชีวิตของอิสลามอย่างไรบ้าง”</p> <p>-“ขอชื่นชม สนับสนุนและให้กำลังใจในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วย โดยนำหลักการศาสนาและหลักการปฏิบัติทางศาสนาอิสลามนำมาประยุกต์ใช้</p>		

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย”</p> <p>3. สรุปสิ่งที่ได้หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ได้มีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความคิด ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมตามหลักการดำเนินชีวิตของอิสลาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและอุปสรรคในระหว่างได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงนัดครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1</p>		
<p>ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของ สัปดาห์ที่ 1) 30-45 นาที</p>	<p>เพื่อจัดเตรียม วางแผนและปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยของ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งประเมินผล การดูแลผู้ป่วยของ ผู้ดูแล</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการลงมือปฏิบัติ</b></p> <p>1. วางแผนและปฏิบัติดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-“คุณมีการวางแผนและดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”</li> <li>-“คุณมีการวางแผนและดูแลผู้ป่วยตามที่คุณตัดสินใจเลือกใช้วิธีการการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมอย่างไรบ้าง”</li> <li>-“คุณมีการวางแผนและดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”</li> <li>-“คุณมีการวางแผนและดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ด้านการรับประทานอาหาร</b> ประกอบด้วยเรื่อง การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสะอาดและสารอาหารครบถ้วน การทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง การจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนให้อาหาร และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย</li> <li>2) <b>ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน</b> ประกอบด้วยเรื่อง การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันและการฝึกออกกำลังกายให้ผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยที่</li> </ul> </li> </ul>	<p>1. คู่มือการดูแล ผู้ป่วยมุสลิมโรค อัมพฤกษ์อัมพาต ที่บ้านสำหรับ ผู้ดูแล</p> <p>2. สมุดบันทึกการ ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย มุสลิมโรคอัม พฤกษ์อัมพาตที่ บ้านของผู้ดูแล</p> <p>3. เครื่องวัดความ ดันโลหิต</p>	<p>ผู้ดูแลมีการวางแผน และปฏิบัติดูแลผู้ป่วย มุสลิมโรคหลอดเลือด สมองอย่างถูกต้อง เหมาะสม</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>เหมาะสมก่อนฝึกออกกำลังกายและเคลื่อนย้าย ลูกนั่งหรือเดินภายในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและปลอดภัย</p> <p><b>3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b> ประกอบด้วยเรื่อง การจัดทำนอนที่เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา การประเมินการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอต่อวันของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืน การจัดกิจกรรมผ่อนคลายร่างกายในการพักผ่อนนอนหลับ และการจัดเตรียมผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนเข้านอน ได้แก่ อาบน้ำสะอาดเพื่อสะอาด จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวาร่วมกับขอตุ๊กตา (ขอพร) ก่อนนอน</p> <p><b>4) ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ</b> ประกอบด้วยเรื่อง การสนับสนุนให้กำลังใจในการยอมรับความเจ็บป่วยและปรับตัวได้เหมาะสม ทำกิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งทีภาคภูมิใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมทั้งส่งเสริมการนำหลักการทางศาสนามาใช้ในการกำหนดเป้าหมายของชีวิต”</p> <p>2. การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คือ การจัดเตรียมอุปกรณ์สิ่งของต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกในการใช้งาน และมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>-“คุณมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”</p> <p>-“มีการจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ สะดวกในการใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่</p>		

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
		<p>อย่างไร”</p> <p>- แนะนำการจัดเตรียมอุปกรณ์ การจัดสิ่งแวดล้อม วางสิ่งของต่างๆในการใช้ของผู้ดูแลตามความเหมาะสม”</p> <p>3. การสนับสนุน โดยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้าน สำหรับผู้ดูแลและสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปอ่านทบทวนความรู้ขณะอยู่ที่บ้านและช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและคงไว้ซึ่งความพยายามอย่างต่อเนื่อง</p>		
<p>สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7</p> <p>ติดตามทางโทรศัพท์ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที ต่อครั้ง</p>	<p>1. เพื่อประเมินปัญหาผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรงตนเองเมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติได้สำเร็จ</p>	<p>1. สอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีปัญหาหรือข้อสงสัยที่ยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะเพิ่มการเยี่ยมบ้านอีก 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกันกับผู้ดูแล สรุปและบันทึกประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจและเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ดูแลสามารถทำได้สำเร็จหรือปฏิบัติถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและคงไว้ซึ่งความพยายามอย่างต่อเนื่องและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว และสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัย หากผู้ดูแลมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแล</p> <p>2. เสริมแรงผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยนและปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการชื่นชมตนเองหรือให้รางวัลแก่ตนเองในกรณีไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ให้เสริมแรงโดยหาข้อบกพร่องของตนเองและวิธีการพัฒนาตนเอง พร้อมทั้งวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป</p>		<p>1. ผู้ดูแลได้แนวทางแก้ไขปัญหาและสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น และผู้ดูแลได้รับการติดตามผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและเสริมแรง</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เยี่ยมบ้าน 30-45 นาที	1. เพื่อทำการประเมินผู้ดูแลระหว่างเข้าโปรแกรม และติดตามการดำเนินการตามโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	<p>1. เยี่ยมบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยซักถามข้อสงสัย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ทำกิจกรรม และสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจ รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามวิธีการที่ตนเองเลือกใช้ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. ติดตามการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในแต่ละด้าน รวมถึงสอบถามความเข้าใจเนื้อหาคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านหลังจากที่ให้ไว้อ่านทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามตรวจสอบการบันทึกสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตของผู้ดูแลในแต่ละด้านอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ทบทวนเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงประเมินผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ จากนั้นผู้วิจัยมีการสอนให้ความรู้เพิ่มเติมและสาธิตซ้ำอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละด้านที่ผู้ดูแลต้องการและยังไม่เข้าใจ รวมทั้งจัดหาแหล่งสนับสนุนข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>4. สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น</p> <p>5. กล่าวคำชมเชยถึงความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>6. ผู้วิจัยสรุปปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมพร้อมบอกแหล่งช่วยเหลือผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และได้จัดบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลในประเด็นที่เข้าใจและไม่เข้าใจ เพื่อนำไปวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขในการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ถัดไป และนัดประเมินผลหลังสิ้นสุดเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8</p>	<p>1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล</p> <p>2. สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล</p> <p>3. เครื่องวัดความดันโลหิต</p>	<p>1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่องและผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งผู้ดูแลมีกำลังใจและเกิดการเสริมแรงในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง</p>

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรมและวิธีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล	วัสดุและอุปกรณ์	การประเมินผลลัพธ์
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) 30-45 นาที	1. เพื่อติดตามและประเมินผล ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) (post-test)	ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) เพื่อเป็นข้อมูลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (post-test) 1. พุดกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินผลการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง -“คุณเล่าถึงผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตในช่วงที่ผ่านมา” 2. ตรวจสอบและติดตามการใช้คู่มือและสมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล 3. พุดสรุปผลการดำเนินการและประเมินผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยรับทราบ ซึ่งมี การประเมินผลเปรียบเทียบกับในสัปดาห์แรก จากนั้นส่งเสริมความมั่นใจในการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง 4. ประสานเจ้าหน้าที่ทีมงานเวชกรรม ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 5. เสริมแรงกล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมมอบของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ -“ขอขอบคุณคุณ... พร้อมมอบของที่ระลึกในการให้ความร่วมมือและแจ้งการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้”	1. ผลการประเมิน ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล 3. สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล 4. เครื่องวัดความดันโลหิต	1. ผู้ดูแลมีความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย



## ภาคผนวก ค

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ และผู้ป่วยจำนวน 18 ข้อ

1.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วย

1.2.1 ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร

1.2.2 ความสามารถด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตร

ประจำวัน

1.2.3 ความสามารถด้านการพักผ่อนนอนหลับ

1.2.4 ความสามารถด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ

1.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล

2.4 สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของ

ผู้ดูแล

### แบบสอบถามการวิจัย

**เรื่อง** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามการวิจัยชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (จำนวน 15 ข้อ) และผู้ป่วย (จำนวน 18 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน 50 ข้อ)

- 2.1 ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร
- 2.2 ความสามารถด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน
- 2.3 ความสามารถด้านการพักผ่อนนอนหลับ
- 2.4 ความสามารถด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน 10 ข้อ)

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง**

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วย สามารถอ่านและเขียนได้ โปรดเขียนเครื่องหมาย “✓” ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างตามความเป็นจริงเกี่ยวข้องของท่าน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและตอบทุกข้อคำถาม หากไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกตามที่กลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองบอกทุกประการ

**ข้อมูลผู้ดูแล**

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด ( ) คู่
  - ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษา ( ) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
  - ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
  - ( ) อื่นๆระบุ.....
5. อาชีพ
  - ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกร
  - ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง
  - ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
  - ( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
  - ( ) 5,001 - 10,000 บาท/เดือน ( ) 10,001 - 15,000 บาท/เดือน
  - ( ) 15,001 - 20,000 บาท/เดือน ( ) มากกว่า 20,000 บาท/เดือน
7. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
  - ( ) เพียงพอเหลือเก็บ ( ) เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
  - ( ) ไม่เพียงพอ
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
9. ลักษณะครอบครัว
  - ( ) ครอบครัวเดี่ยว ( ) หลายครอบครัวรวมกัน
10. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยท่านเป็น
  - ( )สามี/ภรรยา ( ) บิดา/มารดา
  - ( ) พี่/น้อง ( ) บุตร
  - ( ) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 11. การอยู่อาศัย

- ( ) อยู่ตามลำพัง  
 ( ) อยู่กับครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร หลาน.....)  
 ( ) อยู่กับผู้อื่น (เพื่อน คนรู้จัก.....)

## 12. การสนับสนุนจากครอบครัว ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

- ( ) เพียงคนเดียว/ไม่มีผู้ช่วยดูแล  
 ( ) มีบุคคลในครอบครัวช่วยกันดูแลระบุช่วงเวลาที่ท่านดูแล.....

## 13. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

## 14. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย

.....สัปดาห์.....เดือน

## 15. ที่อยู่.....

## ข้อมูลผู้ป่วย

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
 2. อายุ.....ปี.....เดือน  
 3. สถานภาพสมรส  
 ( ) โสด ( ) คู่  
 ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง/แยก  
 4. ระดับการศึกษา  
 ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
 ( ) มัธยมศึกษา ( ) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา  
 ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี  
 ( ) อื่นๆระบุ.....  
 5. อาชีพ  
 ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกร  
 ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง  
 ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
 6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน  
 ( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน  
 ( ) 5,001 - 10,000 บาท/เดือน ( ) 10,001 - 15,000 บาท/เดือน  
 ( ) 15,001 - 20,000 บาท/เดือน ( ) มากกว่า 20,000 บาท/เดือน  
 7. ท่านมีรายได้เพียงพอหรือไม่  
 ( ) ไม่เพียงพอ ( ) เพียงพอ

## 8. ปัจจุบันท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) บุตรหลาน ( ) คู่สมรส  
 ( ) ประกอบอาชีพ ( ) เงินบำนาญ  
 ( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 9. ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือไม่

- ( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

## 10. การอยู่อาศัย

- ( ) อยู่ตามลำพัง  
 ( ) อยู่กับครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร หลาน.....)  
 ( ) อยู่กับผู้อื่น (เพื่อน คนรู้จัก.....)

## 11. สาเหตุความเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ( ) หลอดเลือดสมองตีบตัน, อุดตัน ( ) หลอดเลือดสมองแตก

## 12. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

.....สัปดาห์.....เดือน

## 13. ส่วนที่อ่อนแรงของร่างกาย

- ( ) แขนขาซีกซ้าย ( ) แขนขาซีกขวา

## 14. กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)

- ( ) แขนขวาเกรด..... ( ) แขนซ้ายเกรด.....  
 ( ) ขาขวาเกรด..... ( ) ขาซ้ายเกรด.....

**การประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)**

เกรด 5 = ต้านแรงได้เต็มที่

เกรด 4 = ต้านแรงได้ไม่เต็มที่

เกรด 3 = ยกแขนขา ลอยจากพื้นได้ แต่ต้านแรงไม่ได้

เกรด 2 = เคลื่อนไหวแขนขาได้บนพื้น แต่ไม่สามารถยกขึ้นจากพื้นได้

เกรด 1 = มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

เกรด 0 = ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อเลย

## 15. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

## 16. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- ( ) จ่ายตรง/เบิกได้ ( ) ต้นสังกัด  
 ( ) บัตรทอง/ประกันสุขภาพ ( ) ประกันสังคม  
 ( ) จ่ายเงินเอง ( ) อื่นๆ ระบุ.....

**17. ภาวะแทรกซ้อน**

- |                           |             |          |
|---------------------------|-------------|----------|
| ปอดอักเสบ                 | ( ) ไม่เกิด | ( ) เกิด |
| การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ | ( ) ไม่เกิด | ( ) เกิด |
| แผลกดทับ                  | ( ) ไม่เกิด | ( ) เกิด |
| ( ) อื่นๆ ระบุ.....       |             |          |

**18. การรักษาที่ได้รับ**

.....

.....

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

วันที่ประเมิน \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของท่านที่ได้ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน จำนวน 50 ข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องข้อความเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด ข้อความดังกล่าวจะไม่มีคำตอบถูกหรือผิด

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

### ตัวอย่าง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
- ท่านสามารถบอกประเภทของอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยได้	✓				

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้ เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองของท่านที่ได้ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน จำนวน 50 ข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด ข้อความดังกล่าวจะไม่มีคำตอบถูกหรือผิด

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>1. ด้านการรับประทานอาหาร</b>					
<b>1.1 ความสามารถในการคาดการณ์</b>					
- ท่านสามารถบอกประเภทของอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกการจัดทำป้อนอาหารที่ถูกต้องทางปากและทางสายยางสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกผลจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้นและการกลืนสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกวิธีการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้					
<b>1.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน</b>					
- ท่านสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย					
- ท่านสามารถเลือกเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอต่อวัน					
- ท่านสามารถเลือกอาหารที่ฮาลาล (อาหารที่อนุมัติให้รับประทานได้) และเป็นอาหารที่ต้อยยิบัน (อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและมีประโยชน์ต่อร่างกาย) รวมทั้งเป็นอาหารตามแบบซุนนะห์ (ตามแบบท่านนบี)					



ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแล*				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
- ท่านขาดแนวทางในการจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเกิดสำลักอาหาร และรับสารอาหารไม่เพียงพอ					
<b>1.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ</b>					
- ท่านสามารถดูแลและประเมินผล การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถจัดเตรียมอาหารทางปาก หรืออาหารทางสายยางที่ถูกต้องสำหรับ ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสะดวกและมี สารอาหารครบถ้วนให้กับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถทำความสะอาดช่องปาก ของผู้ป่วยก่อนและหลังรับประทาน อาหารทุกครั้ง					
- ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร โดยการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนให้ อาหาร					
- ท่านสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย					
<b>2. ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน</b>					
<b>2.1 ความสามารถในการคาดการณ์</b>					
- ท่านสามารถบอกประโยชน์ของการทำ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกขั้นตอนในการออก กำลังกายสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกวิธีการบริหารกล้ามเนื้อ และข้อ การเคลื่อนย้ายและการฝึกเดิน ภายในบ้านสำหรับผู้ป่วยได้					

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>2.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน</b>					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมส่งเสริมผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ส่งเสริมกล้ามเนื้อแขนและขาสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ท่าละหมาดในการกระตุ้นการออกกำลังกายของผู้ป่วย ในช่วงเวลาละหมาด 5 เวลา (หลักปฏิบัติของอิสลาม) และละหมาดสุนัต (ละหมาดที่นอกเหนือจากละหมาดบังคับ)					
- ท่านมีแนวทางในการฝึกเคลื่อนย้ายและการฝึกลุกนั่งหรือเดินภายในบ้านสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านขาดแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธผู้ดูแล หรือตนเองไม่ว่างในการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง					
<b>2.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ</b>					
- ท่านสามารถดูแลและประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยด้านการทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกาย					
- ท่านสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันและการฝึกออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนฝึกออกกำลังกายและเคลื่อนย้าย ลุกนั่งหรือเดินภายในบ้าน					

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
- ท่านจัดสิ่งแวดล้อมในการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายให้เหมาะสมและปลอดภัย โดยให้มีพื้นที่สำหรับฝึกเดินผู้ป่วยและไม่มีสิ่งกีดขวาง					
<b>3. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b>					
<b>3.1 ความสามารถในการคาดการณ์</b>					
- ท่านสามารถบอกวิธีการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอนหลับได้					
- ท่านสามารถบอกวิธีการประเมินการนอนหลับสำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกการจัดท่านอนที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้					
<b>3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน</b>					
- ท่านสามารถเลือกการจัดท่านอนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านมีแนวทางในการจัดการเวลาเข้านอนและตื่นนอนที่เหมาะสมในแต่ละวันสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและต้องการทำ เช่น อ่านหนังสือ การฟังหรืออ่านอัลกุรอาน ละหมาด กล่าวดูอาร์ (ขอพร) ก่อนนอน เป็นต้น					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับในช่วงกลางคืนสำหรับผู้ป่วย โดยฟังเสียงอัลกุรอานและขอดูอาร์ (ขอพร) ก่อนนอน					
- ท่านขาดแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ และพักผ่อนไม่เพียงพอ					

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ</b>					
- ท่านสามารถดูแลและประเมินผล การดูแลให้ผู้ป่วยเข้านอนตรงเวลาใน แต่ละวันสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถดูแลการจัดทำนอนที่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถจัดเตรียมผู้ป่วยที่เหมาะสม ก่อนเข้านอน ได้แก่ อาบน้ำสะอาดเพื่อ สะอาด จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา ร่วมกับขอตุ๋น (ขอพร) ก่อนนอน					
- ท่านสามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ต่อการนอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืน อย่างเพียงพอในแต่ละวันสำหรับผู้ป่วย					
- ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ต่อวัน					
<b>4. ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ</b>					
<b>4.1 ความสามารถในการคาดการณ์</b>					
- ท่านสามารถบอกวิธีการสังเกต การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ สำหรับผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกวิธีการจัดการ ความเครียด ความวิตกกังวลสำหรับ ผู้ป่วยได้					
- ท่านสามารถบอกวิธีการช่วยเหลือใน การดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยได้					
<b>4.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน</b>					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย ความเครียดของผู้ป่วย โดย การแสดงออกทั้งทางกายและการให้ กำลังใจ					

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลฯ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการพูดคุยให้กำลังใจหรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งทีภาคภูมิใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ					
- ท่านสามารถเลือกกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด ขออูอาร์ (ขอพร) การอ่านอัลกุรอานหรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่านอัลกุรอานได้ สามารถฟังเสียงบทสวดอัลกุรอานหรือผู้ดูแลอ่านอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง					
- ท่านขาดแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์					
<b>4.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ</b>					
- ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยและประเมินผลการสนับสนุนให้กำลังใจในการยอมรับความเจ็บป่วยและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม					
- ท่านสามารถดูแลส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งทีภาคภูมิใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ					
- ท่านสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ					
- ท่านสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำหลักการทางศาสนามาใช้ในการกำหนดเป้าหมายของชีวิต					






ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน  หน้าข้อคำถามที่ท่านประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมได้ โดยตอบคำถามตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

กิจกรรม	คะแนน ก่อน	คะแนน หลัง
1. รับประทานอาหาร (Feeding) <input type="checkbox"/> 10 คะแนน ตักอาหารได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (เตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) <input type="checkbox"/> 5 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยเหลือ เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้		
2. กิจกรรมการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วย เช่น หวีผม ล้างหน้า แปรงฟัน <input type="checkbox"/> 5 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งทำตัวเองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ทำเองไม่ได้เลย		
3. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 5 คะแนน อาบน้ำได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 0 คะแนน อาบเองไม่ได้เลย		
4. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 10 คะแนน ทำได้เอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (สวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) <input type="checkbox"/> 5 คะแนน ต้องมีคนช่วยเหลือบางขั้นตอน (ช่วยสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า ช่วยติดกระดุมรูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสม) <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ทำเองไม่ได้เลย		
5. การใช้ห้องสุขา (Toilet use) <input type="checkbox"/> 10 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ลุกและนั่งจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้) <input type="checkbox"/> 5 คะแนน ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วยเหลือในการเข้าออกห้องสุขา (อย่างน้อยทำความสะอาดหลังขับถ่ายเองได้) <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ทำเองไม่ได้เลย		

กิจกรรม	คะแนน ก่อน	คะแนน หลัง
6. การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> 5 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง ต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</li> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาอยู่เสมอ</li> </ul>		
7. การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> 5 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง ไม่สามารถไปถึงห้องสุขาได้ทันเวลา (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)</li> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้</li> </ul>		
8. การเคลื่อนย้ายตัวเองจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้(Transfer) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 15 คะแนน เคลื่อนย้ายได้เอง สามารถนั่งทรงตัวได้</li> <li><input type="checkbox"/> 10 คะแนน ต้องมีคนช่วยเหลือบ้าง ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัว โดยมีคนช่วยพยุงเล็กน้อย</li> <li><input type="checkbox"/> 5 คะแนน ต้องมีคนช่วยเหลือมากในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัว โดยมีคนช่วยพยุง 1-2 คน</li> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คนช่วยยกขึ้น</li> </ul>		
9. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 15 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (โดยอาจใช้ไม้เท้า ไม้ยันรักแร้หรือเครื่องพยุงเดิน)</li> <li><input type="checkbox"/> 10 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยต้องมีคนช่วยเหลือบางกิจกรรม (ช่วยพยุง)</li> <li><input type="checkbox"/> 5 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยต้องมีคนช่วยเหลือบางกิจกรรม หรือต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเซ็นให้)</li> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</li> </ul>		
10. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stair) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10 คะแนน ขึ้นลงบันไดได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</li> <li><input type="checkbox"/> 5 คะแนน ต้องการคนช่วยเหลือ</li> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เอง</li> </ul>		
รวม		

ตัวอย่างคู่มือการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

<p style="text-align: center;"><b>คู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล</b></p>   <p style="text-align: center;">ยี่สิบห้า</p>	<p style="text-align: center;"><b>คำนำ</b></p> <p>คู่มือ “การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล” จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นและกลับเป็นปกติได้มากที่สุด โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่</p> <p>ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (หลอดเลือดสมอง) อาการและอาการแสดงของโรค ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย</p> <p>ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทากิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ คู่มือนี้ใช้ควบคู่กับสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล</p> <p>ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรค</p>  <p style="text-align: right;">วิจินดา ประทีปวัฒนพันธ์</p>																																														
<p style="text-align: center;"><b>สารบัญ</b></p>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">หน้า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรคอัมพฤกษ์อัมพาต(หลอดเลือดสมอง)</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>อาการและอาการแสดงของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>ผลกระทบของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตต่อผู้ป่วย</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาต</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><b>ด้านการรับประทานอาหาร</b></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมกินง่าย กลืนสะดวก</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมปรับอาหารให้เหมาะสม ชมบรรยากาศ</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><b>ด้านการทากิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b></td> <td style="text-align: right;">28</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมออกกำลังกายสั้นๆ ทั่วร่างกาย ไม่ติด สีสับครึ่งต่อวัน</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแล</td> <td style="text-align: right;">40</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน</td> <td style="text-align: right;">46</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b></td> <td style="text-align: right;">53</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมส่งเสริมการนอน</td> <td style="text-align: right;">56</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมจัดทำให้น่านอน</td> <td style="text-align: right;">57</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลับสบายจริงๆ</td> <td style="text-align: right;">61</td> </tr> </tbody> </table>		หน้า	โรคอัมพฤกษ์อัมพาต(หลอดเลือดสมอง)	1	อาการและอาการแสดงของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต	2	ผลกระทบของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตต่อผู้ป่วย	5	การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาต	7	<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>	7	- กิจกรรมประเมินภาวะโภชนาการ	10	- กิจกรรมกินง่าย กลืนสะดวก	12	- กิจกรรมปรับอาหารให้เหมาะสม ชมบรรยากาศ	23	<b>ด้านการทากิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b>	28	- กิจกรรมออกกำลังกายสั้นๆ ทั่วร่างกาย ไม่ติด สีสับครึ่งต่อวัน	33	- กิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแล	40	- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน	46	<b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b>	53	- กิจกรรมส่งเสริมการนอน	56	- กิจกรรมจัดทำให้น่านอน	57	- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลับสบายจริงๆ	61	<p style="text-align: center;"><b>คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้าน</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>สารบัญ(ต่อ)</b></p>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">หน้า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><b>ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ</b></td> <td style="text-align: right;">62</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมดูแลใจเขา ใจเรา</td> <td style="text-align: right;">69</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมรับฟังให้กำลังใจ</td> <td style="text-align: right;">70</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">- กิจกรรมดูแลใส่ใจไม่ทอดทิ้งกัน</td> <td style="text-align: right;">71</td> </tr> <tr> <td>เอกสารอ้างอิง</td> <td style="text-align: right;">72</td> </tr> </tbody> </table>		หน้า	<b>ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ</b>	62	- กิจกรรมดูแลใจเขา ใจเรา	69	- กิจกรรมรับฟังให้กำลังใจ	70	- กิจกรรมดูแลใส่ใจไม่ทอดทิ้งกัน	71	เอกสารอ้างอิง	72
	หน้า																																														
โรคอัมพฤกษ์อัมพาต(หลอดเลือดสมอง)	1																																														
อาการและอาการแสดงของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต	2																																														
ผลกระทบของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตต่อผู้ป่วย	5																																														
การดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาต	7																																														
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>	7																																														
- กิจกรรมประเมินภาวะโภชนาการ	10																																														
- กิจกรรมกินง่าย กลืนสะดวก	12																																														
- กิจกรรมปรับอาหารให้เหมาะสม ชมบรรยากาศ	23																																														
<b>ด้านการทากิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b>	28																																														
- กิจกรรมออกกำลังกายสั้นๆ ทั่วร่างกาย ไม่ติด สีสับครึ่งต่อวัน	33																																														
- กิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแล	40																																														
- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน	46																																														
<b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b>	53																																														
- กิจกรรมส่งเสริมการนอน	56																																														
- กิจกรรมจัดทำให้น่านอน	57																																														
- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลับสบายจริงๆ	61																																														
	หน้า																																														
<b>ด้านการดูแลจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ</b>	62																																														
- กิจกรรมดูแลใจเขา ใจเรา	69																																														
- กิจกรรมรับฟังให้กำลังใจ	70																																														
- กิจกรรมดูแลใส่ใจไม่ทอดทิ้งกัน	71																																														
เอกสารอ้างอิง	72																																														



“และจงบริโภคจากสิ่งที่อัลเลาะห์ (ซบ.) ได้ทรงให้เครื่อง  
ยังชีพแก่ผู้เจ้า ซึ่งสิ่งที่อนุมัติ (ฮาลาล)และที่ตีมี  
ประโยชน์และจงอย่ากรต้ออัลเลาะห์ (ซบ.)  
ผู้ซึ่งพวกเจ้าศรัทธาในพระองค์”  
(อัลมาอิดะฮฺ 5 : 88)



**1. การดูแลผู้ป่วย  
ด้านการรับประทานอาหาร**

ท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ได้กล่าวว่า  
“ผู้ศรัทธาที่มีความแข็งแรงย่อมประเสริฐและเป็นที่รักของอัล  
เลาะห์ (ซบ.) มากกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ”  
รายงาน โดยมุสลิม



**การดูแลผู้ป่วยด้านการทำกิจวัตรประจำวัน  
และการออกกำลังกาย**

ท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) เมื่อท่านจะไปนอนก็ให้อาบน้ำ  
ละหมาดก่อน เหมือนกับที่ท่านอาบน้ำละหมาดก่อนจะละหมาด หลังจาก  
นั้นให้อนตะแคงขวา และได้กล่าวว่า  
“โอ้อัลลอฮฺ แท้จริงฉันขอมอบร่างกายของฉันไว้ที่พระองค์  
ขอหันหน้าไปหาพระองค์ ขอมอบหมายการงานของฉันไว้ที่พระองค์ ขอ  
หลบภัยที่บังไปหาพระองค์ ด้วยความหวังและความกลัวในพระองค์  
ไม่มีที่หลบภัยใดๆ ที่จะพ้นไปจากท่าน นอกจากท่านจะเป็นผู้ให้หลบ  
ภัยนั้น ฉันขอศรัทธาคือคัมภีร์ของพระองค์ ที่ได้ประทานลงมา ขอ  
ศรัทธาคือนบีมุฮัมมัดของพระองค์ที่ได้ส่งลงมา”  
ให้คำกล่าวเหล่านี้เป็นคำกล่าวสุดท้ายของท่าน เพราะถ้าหาก  
ท่านได้เสียชีวิตไปในคืนนั้นก็เท่ากับท่านได้เสียชีวิตในสภาพมุสลิม  
(บุคอรี, 6311)



**3. การดูแลผู้ป่วย  
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ**


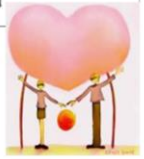

“และแน่นอนเราจะทดสอบพวกเจ้าด้วยสิ่งใดสิ่งหนึ่ง  
จากความกลัวและความหิว และความสูญเสีย (อย่างใดอย่างหนึ่ง)  
จากทรัพย์สินบิตี ชีวิต และที่ซผล และเจ้าจงแจ้งข่าวดีแก่บรรดา  
ผู้ศตฺนเกิด”  
(อัลบากระฮะฮ 2:155)



**4. การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลจิตใจ  
อารมณ์และจิตวิญญาณ**



ตัวอย่างสมุดบันทึกการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

<p style="text-align: center;"><b>สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล</b></p>  <p style="text-align: center;">ขอความร่วมมือบันทึกข้อมูลความเป็นจริง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางสาววิมล ประทีปวัฒนพันธ์ เบอร์โทรศัพท์ 080-4826644</p>	<p style="text-align: center;"><b>คำนำ</b></p> <p>สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล คือ สมุดบันทึกสำหรับผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาต(หลอดเลือดสมอง)ขณะอยู่ที่บ้าน โดยใช้ควบคู่กับคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแลนี้ จะใช้ควบคู่กับคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านการรับประทานอาหาร</li> <li>2. ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</li> <li>3. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</li> <li>4. ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ</li> </ol> 																																				
<p style="text-align: center;"><b>สารบัญ</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">เรื่อง</th> <th style="text-align: right;">หน้า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>ด้านการรับประทานอาหาร</b></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมกินอาหารถูกต้อง ป้องกันเกิดโรคซ้ำ</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมกินง่าย กินสะดวก</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมปรับอาหารเหมาะสม ชมบรรยากาศ</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td><b>ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b></td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้งร่วมกันไม่ติดสัปดาห์ละครั้ง</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมช่วยลูกนั่ง</td> <td style="text-align: right;">25</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td><b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b></td> <td style="text-align: right;">27</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมส่งเสริมการนอน</td> <td style="text-align: right;">29</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมจัดทำให้บ้านนอน</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลังสบายจริงๆ</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td><b>ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ</b></td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมรู้ใจเขา เราทำได้</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง ด้วยหัวใจอิสลาม</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>- กิจกรรมมุสลิมดูแลใจ ไม่ทอดทิ้งกัน</td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> </tbody> </table>	เรื่อง	หน้า	บันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล		<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>	1	- กิจกรรมกินอาหารถูกต้อง ป้องกันเกิดโรคซ้ำ	2	- กิจกรรมกินง่าย กินสะดวก	12	- กิจกรรมปรับอาหารเหมาะสม ชมบรรยากาศ	18	<b>ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b>	21	- กิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้งร่วมกันไม่ติดสัปดาห์ละครั้ง	23	- กิจกรรมช่วยลูกนั่ง	25	- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน	26	<b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b>	27	- กิจกรรมส่งเสริมการนอน	29	- กิจกรรมจัดทำให้บ้านนอน	31	- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลังสบายจริงๆ	32	<b>ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ</b>	33	- กิจกรรมรู้ใจเขา เราทำได้	35	- กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง ด้วยหัวใจอิสลาม	36	- กิจกรรมมุสลิมดูแลใจ ไม่ทอดทิ้งกัน	37	<p style="text-align: center;"><b>สุขภาพและความเจ็บป่วย</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>อิสลามถือว่า "ร่างกายเป็นของขวัญจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ"</b></p> <p style="text-align: center;"><b>การรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่ (วาอิบ) เมื่อเจ็บป่วยต้องรักษา ไม่ปล่อยตามอาการ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>การหายป่วยขึ้นอยู่กับกำหนดยุทธศาสตร์จากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ (ซบ.) ทรงกำหนด เพื่อเป็นบททดสอบมนุษย์</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ผู้ศรัทธาที่แข็งแรงย่อมประเสริฐกว่า และเป็นที่ยกย่องของอัลลอฮ์ (ซบ.) มากกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ</b></p>
เรื่อง	หน้า																																				
บันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล																																					
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>	1																																				
- กิจกรรมกินอาหารถูกต้อง ป้องกันเกิดโรคซ้ำ	2																																				
- กิจกรรมกินง่าย กินสะดวก	12																																				
- กิจกรรมปรับอาหารเหมาะสม ชมบรรยากาศ	18																																				
<b>ด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</b>	21																																				
- กิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้งร่วมกันไม่ติดสัปดาห์ละครั้ง	23																																				
- กิจกรรมช่วยลูกนั่ง	25																																				
- กิจกรรมกระตุ้นให้เดิน	26																																				
<b>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</b>	27																																				
- กิจกรรมส่งเสริมการนอน	29																																				
- กิจกรรมจัดทำให้บ้านนอน	31																																				
- กิจกรรมผ่อนคลายร่างกาย หลังสบายจริงๆ	32																																				
<b>ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ</b>	33																																				
- กิจกรรมรู้ใจเขา เราทำได้	35																																				
- กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง ด้วยหัวใจอิสลาม	36																																				
- กิจกรรมมุสลิมดูแลใจ ไม่ทอดทิ้งกัน	37																																				

**บันทึกกิจกรรม กินง่าย กินสะดวก (กรณีผู้ป่วยรับประทานได้เอง)**

กิจกรรม	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4													
	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7			
กิจกรรมช่วยฝึกกลืน 1. ฝึกออกกำลังขา กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง กับการกลืน	ได้ทำ																																		
	ไม่ได้ทำ																																		
	ทำไม่ได้																																		
ท่าที่ 1 บริหารริม ฝีปากและฟัน ท่าที่ 2 ขยับลิ้น และ ขากรรไกร ท่าที่ 3 บริหาร กล้ามเนื้อบริเวณคอ	ได้ทำ																																		
	ไม่ได้ทำ																																		
	ทำไม่ได้																																		
ผลการประเมิน	ได้ทำ.....ข้อ																																		
	ไม่ได้ทำ.....ข้อ																																		
	ทำไม่ได้.....ข้อ																																		
	การ แก้ไข																																		

**บันทึกกิจกรรม ออกกำลังสัปดาห์ รวมกับไม่ติดสัปดาห์ครั้งต่อวัน (ฝึกออกกำลังกายโดยมีผู้อื่นช่วย)**

กิจกรรม	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4									
	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6
1. เคลื่อนไหวข้อไหล่ 2. กางแขนและขยับแขน 3. งอและเหยียดข้อศอก 4. กระดกข้อนิ้วขึ้น-ลง 5. กำมือเข้า-เหยียดนิ้ว มือออก	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
6. งอขาเข้า-เหยียดขา ออก	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
7. กางขาออก-หุบข้อ สะโพก 8. กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง 9. กระดกนิ้วเท้าขึ้น-ลง	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
ผลการประเมินกิจกรรม	ได้ทำ.....ข้อ																														
	ไม่ได้ทำ.....ข้อ																														
	ทำไม่ได้.....ข้อ																														
	การ แก้ไข																														

**บันทึกกิจกรรม ก่อนคลายร่างกาย หลังสายจิ้งจก**

กิจกรรม	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4									
	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6
1. ประเมินการนอน หลับของผู้ป่วย 2. จัดกิจกรรมให้ ผู้ป่วยในเวลา กลางคืนให้มากขึ้น 3. ทำจิตใจให้สบาย ก่อนเข้านอน โดย ฟังเสียงอังกะมด และซอซอว์ (ซอ ทวิ) ก่อนนอน	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
4. จัดท่านอนที่ ผู้ป่วยรู้สึกสบาย 5. การนวดก่อน คลายให้ผู้ป่วย	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
ผลการประเมิน	ได้ทำ.....ข้อ																														
	ไม่ได้ทำ.....ข้อ																														
	ทำไม่ได้.....ข้อ																														
	การ แก้ไข																														

**บันทึกกิจกรรม เล่นกับหุ่นหมี ด้วยหัวใจใส**

กิจกรรม	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4									
	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6	7	วัน	1	2	3	4	5	6
1. รับฟังผู้ป่วย เปิด โอกาสให้ผู้ป่วย ระบาย ความรู้สึก 2. รอรับฟังคำตอบ 3. แสดงออกต่อ ผู้ป่วยด้วยท่าทางที่ นุ่มนวล	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
4. ปฏิบัติดูแลและฝึก ให้ผู้ป่วยแก้ปัญหา ด้วยตนเอง และ ชมเชยผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยทำได้	ได้ทำ																														
	ไม่ได้ทำ																														
	ทำไม่ได้																														
ผลการประเมิน กิจกรรม	ได้ทำ.....ข้อ																														
	ไม่ได้ทำ.....ข้อ																														
	ทำไม่ได้.....ข้อ																														
	การ แก้ไข																														

**ภาคผนวก ง**  
**แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิการร่วมวิจัย**  
**(สำหรับกลุ่มทดลอง)**

ดิฉัน นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และทีมวิจัยประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รศ.ดร.ปิยะนุช จิตตานุหน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ จะดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะวิจัยเกี่ยวกับการระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยสร้างโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขึ้นมา ซึ่งจะนำโปรแกรมดังกล่าวมาทดลองใช้ และท่านเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่าน พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และสมุดบันทึกการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อให้ท่านไว้อ่านทบทวนและบันทึกติดตามการดูแลต่อเนืองที่บ้าน และในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับครั้งที่ 1 อีกครั้ง โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการทำกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 30-45 นาที จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันแรกในสัปดาห์ที่ 1, ครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1, ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 ซึ่งจะเป็นการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที รวมระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่รุนแรง โดยท่านมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาและมีสิทธิในการไม่ตอบคำถาม โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการตามปกติจาก

โรงพยาบาลของท่าน หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ท่านสอบถามจนเกิดความเข้าใจได้ตลอดเวลา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะปกปิดแหล่งที่มาอย่างเคร่งครัด มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล หากท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถลงนามไว้เป็นหลักฐานในหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัย นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 080-4826644 หรือติดต่อ E-mail : laila\_winee@hotmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ นางสาวชญาณิศ ผุดผ่อง ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7428-6475 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ chayanit.p@psu.ac.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลเบื้องต้น เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และขอให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย      ลงชื่อ.....นักวิจัย  
(.....)      (นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....      วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมวิจัยประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รศ.ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ จะดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะวิจัยเกี่ยวกับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยสร้างโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขึ้นมา ซึ่งจะนำไปทดลองดังกล่าวมาทดลองใช้ และท่านเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ซึ่งท่านจะได้รับบริการตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยท่านจะเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งท่านจะต้องตอบแบบสอบถามในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับครั้งที่ 1 อีกครั้ง โดยใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที หากท่านมีความสนใจจะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยยินดีจะให้ท่านเข้าร่วมในภายหลัง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่รุนแรง โดยท่านมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและมีสิทธิในการไม่ตอบคำถาม โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการตามปกติจากโรงพยาบาลของท่าน หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ท่านสอบถามจนเกิดความเข้าใจได้ตลอดเวลา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะปกปิดแหล่งที่มาอย่างเคร่งครัด มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล หากท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถลงนามไว้เป็นหลักฐานในหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัย นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 080-4826644 หรือติดต่อ E-mail : laila\_winee@hotmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ นางสาวชยานิต ผุดผ่อง ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7428-6475 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ chayanit.p@psu.ac.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลเบื้องต้น และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้วและขอให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย      ลงชื่อ.....นักวิจัย  
 (.....)      (นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....      วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ภาคผนวก จ

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของตัวแปรตาม

## ตาราง 5

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและ  
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทดสอบการกระจายข้อมูลเป็นปกติ (test of  
normality) โดยใช้สถิติ Shapiro - Wilk test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของ  
ผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการ  
กระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ ( $p > .05$ ) ดังตาราง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
<b>ความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแล</b>				
Skewness coefficient	-0.08/0.41=-0.19	-0.36/0.41=-0.87	0.12/0.41=0.29	-0.32/0.41=-0.78
Kurtosis coefficient	-0.93/0.81=-1.14	-0.42/0.81=-0.52	-0.40/0.81=-0.49	0.33/0.81=0.40
Shapiro-Wilk test	.96	.24	.99	.98
p-value	.97	.44	.98	.78
<b>ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วย</b>				
Skewness coefficient	0.02/0.41=0.04	0.49/0.41=1.19	0.52/0.41=1.26	0.45/0.41=1.09
Kurtosis coefficient	-1.11/0.81=-1.37	-0.33/0.81=-0.40	-0.88/0.81=-1.08	-1.03/0.81=-1.27
Shapiro-Wilk test	.90	.94	.91	.92
p-value	.17	.07	.19	.21

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนน  
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อนได้รับ  
โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยใช้สถิติ ลีวินส์ เทส (Levene's test) พบว่าข้อมูลของกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p > .05$ )

ค่าสถิติ	ตัวแปร	
	ความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแล	ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย
Levene's test	.715	.201
p-values	.611	.912



**ภาคผนวก ฉ**  
**ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n = 32)						กลุ่มควบคุม (n = 32)					
	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ
	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD	
คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม	2.46	0.41	ปานกลาง	4.42	0.34	ดี	2.52	0.45	ปานกลาง	2.85	0.40	ปานกลาง
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.44	0.40		4.41	0.36		2.37	0.56		2.81	0.47	
- ด้านการออกกำลังกายและการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน	2.44	0.53		4.38	0.37		2.42	0.56		2.69	0.49	
- ด้านการนอนหลับพักผ่อน	2.35	0.53		4.42	0.34		2.51	0.53		2.87	0.44	
- ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ	2.64	0.41		4.44	0.38		2.80	0.39		3.07	0.38	

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล

ความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวันของ ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 32)						กลุ่มควบคุม (n = 32)					
	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ
	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD	
คะแนนความสามารถใน การทำกิจกรรมประจำวันของ ผู้ป่วยโดยรวม	39.06	10.19	น้อย	81.88	8.01	ดี	39.38	12.23	น้อย	58.55	14.55	ปานกลาง
- รับประทานอาหาร	4.84	1.55		9.84	0.88		5.31	1.77		7.19	2.52	
- กิจกรรมดูแลสุขลักษณะ	0.94	1.98		4.84	0.88		0.63	1.68		1.56	2.35	
- อาบน้ำ	0.00	0.00		2.19	2.52		0.00	0.00		0.47	1.48	
- สวมใส่เสื้อผ้า	3.59	2.28		9.38	1.68		4.06	2.67		6.09	2.10	
- การใช้ห้องสุขา	2.19	2.52		6.56	2.35		1.88	2.46		4.53	2.33	
- การกลืนปัสสาวะ	9.06	1.98		10.00	0.00		8.91	2.10		9.69	1.23	
- การกลืนอุจจาระ	7.34	2.53		10.00	0.00		6.88	2.46		8.13	2.46	
- การเคลื่อนย้าย	6.59	2.35		13.91	2.10		6.88	2.46		11.09	2.45	
- การเคลื่อนที่	4.38	2.46		10.63	2.11		4.53	3.67		8.13	2.77	
- การขึ้นลงบันได	0.16	0.88		4.53	2.33		0.31	1.23		1.72	2.41	

**ภาคผนวก ข**  
**ใบผ่านอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม**



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2019 NSt – Qn 020

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลความสามารถในการทำจิตวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2019 – NSt 015

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาววินิตา ประทีปวัฒนพันธ์

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย  
2. เครื่องมือวิจัย  
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 14 พฤศจิกายน 2562

วันที่หมดอายุ: 14 พฤศจิกายน 2564

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนด์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พมดีรุ่ง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## ภาคผนวก ซ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม

1. ผศ.ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์  
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผศ.ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ  
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. พว.ธัญพร สมันตรัฐ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิमान โรงพยาบาลสตูล  
ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน