

ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต
จากโรคหลอดเลือดสมอง

Selected factors influencing the knowledge of relatives
about caring for stroke patients



- อูมา จันทวิเศษ
- เอมอร แซ่จิว
- รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์
- ภัทราวดี เอื้อพิชฌานนท์

รายงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก โครงการสนับสนุนนักวิจัย ใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ. 2535

Order Key 17428
BIB Key 151890

เลขหมู่ SC 511.5 3 ค 2 2008
เลขทะเบียน
- 2 S. 9. 2541

ชื่อรายงานวิจัย ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติ ในการดูแล
ผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมอง

หัวหน้าโครงการ อูมา จันทวิเศษ

ผู้ร่วมโครงการ เอมอร แซ่จิว

 รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์

 ภัทรราวดี เอื้อพิชฎานนท์

แหล่งทุนสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่เสร็จสิ้นโครงการ 31 มกราคม 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ ศึกษาระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติส่วนบุคคลและมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 56 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงเจาะจง ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ญาติที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกันในเรื่องอายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)
ญาติที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค
หลอดเลือดสมองแตกต่างกันมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการวิจัยดังกล่าว จะเป็นแนวทาง ในการนำ ไปวางแผน ในการให้ความรู้
สำหรับญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อไป

Research Title Selected factors influencing knowledge of
relatives about caring for stroke patients
name Uma Juntawises
 Aimorn Saejew
 Rungtip Udomwisessun
 Putharawadee Auepicháyanon
 Medical faculty Prince of Songkhla University
Date of finish project 31 January 1993

Abstract

This research was about selected factors influencing the knowledge of relatives about caring for stroke patients. Selected factors were age, occupation, education, income, relationship and experience in caring for stroke patients. The purpose of this research was to investigate the degree of knowledge of relatives about caring for stroke patients and to compare the degree of knowledge of relatives about caring for stroke patients with different basic conditioning factors and different degree of knowledge about strokes. The purposive sample consisted of 56 relatives of stroke patients at Male Medical ward I, Male Medical ward II and the Female Medical ward at Songkhlanagarind Hospital. The knowledge of relatives about caring for stroke patients was measured by a questionnaire developed by investigators.

Results of the study revealed that the knowledge of relatives about strokes was average and the knowledge of relatives about caring for stroke patients was good. The knowledge of relatives about caring for stroke patients with different basic conditioning factors of age, occupation, income, relationship and experience in caring for stroke patients was not significantly different ($P>0.05$). But the knowledge of relatives about caring for stroke patients with different level of education and knowledge about strokes was significantly different ($P<0.05$)

The results of the study will be a guide in planing to educate the relatives of stroke patients.

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญเนื้อเรื่อง	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
นิยามตัวแปร	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
โรคหลอดเลือดสมอง	7
ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	23
บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	31
ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมอง	39

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

จ

หน้า

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	46
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	49
	ผลการวิจัย.....	49
	การอภิปรายผล.....	61
	ข้อจำกัดในการศึกษา.....	66
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	67
	สรุปการวิจัย.....	67
	ข้อเสนอแนะ.....	69
	บรรณานุกรม.....	71
	ภาคผนวก.....	81
	ก. แบบสอบถามเรื่องความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	82
	ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะ ส่วนบุคคล.....	49
2. จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ของญาติเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง.....	51
3. จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	51
4. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม คุณลักษณะส่วนบุคคล.....	52
5. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม ระดับความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	54
6. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่ม.....	55
7. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอาชีพแตกต่างกัน 4 กลุ่ม.....	55
8. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 3 กลุ่ม.....	56

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
9. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้แตกต่างกัน 3 กลุ่ม.....	57
10. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน 4 กลุ่ม.....	58
11. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน 2 กลุ่ม.....	59
12. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรู้ของญาติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน 3 กลุ่ม..	60

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1	กรอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	3
---	---	---

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

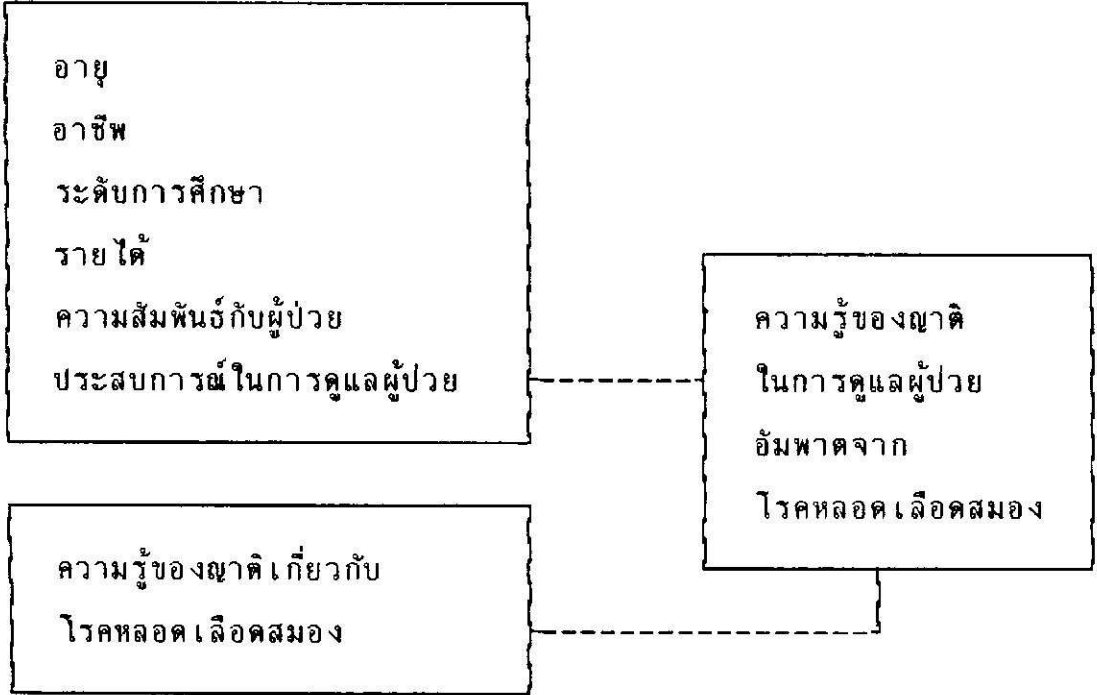
โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญและพบมากที่สุดของโรคระบบประสาท (กิตติ ล้อมภิชาติ 2534:334) และเป็นโรคที่มีอัตราตายสูงมากเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ ในระบบประสาทวิทยา (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2535:2) ผู้ถึงแก่กรรมปีหนึ่งในสหรัฐอเมริกา มีจำนวนมากกว่า 200,000 คน และ 11% เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคดังกล่าวประมาณ 100 ดอลลาร์ต่อปี (สนิท คุ่มบุญ และสุทธิดา ปานเพ็ชร 2524:77) ในประเทศไทย ได้มีผู้เคยศึกษาในชุมชนในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคประมาณ 600 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติในต่างประเทศ (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:7) ส่วนจำนวนโรคหลอดเลือดสมองจากสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ทั่วประเทศในปี 2532 มี 18,249 ราย คิดเป็นอัตรา 37.3 ต่อประชากร 100,000 คน (ทองสถิติ สาธารณสุข 2524:214) และเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับ 4 ในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ พบบ่อยอันดับ 3 ในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และพบอันดับ 2 ในผู้ป่วยที่รับไว้ในภาควิชาอายุรศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2534:2) จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคระบบประสาท ในช่วงเดือนมกราคม 2534 - มิถุนายน 2534 มีผู้ป่วยโรคระบบประสาททั้งหมด 184 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 71 ราย พบเฉลี่ย 11 รายต่อเดือน (จากสมุดบันทึกยอดผู้ป่วยประจำวันของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2534-

มิถุนายน 2534) ผู้มีชีวิตรอดจะมีความพิการเหลืออยู่ จำนวนไม่น้อยต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีก ด้วยปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ

ปัญหาที่สำคัญของโรคนี้ ประการแรกคือ เป็นโรคที่มีความพิการค่อนข้างมาก ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มีชีวิตต้องอาศัยการดูแลเป็นพิเศษ อีก ร้อยละ 10 ช่วยตัวเองไม่ได้เลย ดังนั้นโรคนี้อาจเป็นปัญหากับญาติพี่น้อง เศรษฐกิจและสังคม (สมศักดิ์ เลียงจันทร์ 2527:79) ประการที่ 2 ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางกายและอารมณ์ของผู้ป่วย (Kamal 1987:200) จากปัญหาดังกล่าว ญาติจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ

การที่ญาติจะดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอ เร็ม ได้กล่าวถึง เรื่องความรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่ง ที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ที่พึ่งพาตนเอง (จินตนา युนิพันธ์ 2529:134) กิจกรรมการดูแลตนเองเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งสัมพันธ์กับความเชื่อ นิสัยและการฝึกปฏิบัติ ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดทัศนคติ สามารถพัฒนาการดูแลตนเองให้ถูกต้องขึ้น และผู้มีความรู้จะสามารถเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (นันทนา น้ำฝน และสาวิตรี ล้อมชัยอรุณ เรือง 2530:11) การมีความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เป็นประโยชน์เพียงใดนั้น ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือมีความแตกต่างกันตามอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบส่วนบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้และความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล (สุโข เจริญสุข 2517:711) แต่งานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว กับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการดังกล่าวกับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางสร้างรูปแบบการสอนญาติผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การมอบหมายงานและการวิจัยต่อไป อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการพยาบาล และการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คุณลักษณะส่วนบุคคล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีระดับความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ญาติผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 อาชีพ
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 รายได้
 - 1.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - 1.6 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
2. ญาติผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน จะมีความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะเน้นที่คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชากรที่ศึกษาเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง ทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ที่รับไว้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. นำผลการวิจัยใช้ประกอบการวางแผนในการสร้างรูปแบบการสอนและการให้ความรู้กับญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. นำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

นิยามตัวแปร

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษา การพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มผู้วิจัยสร้างขึ้น

ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือเพื่อนที่อาศัยในบ้านเดียวกัน และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ถ้ามีหลายคนจะถือเอาญาติที่มีความสำคัญที่สุด โดยกลุ่มญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจ

ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านใดด้านหนึ่ง หรือทั้ง 2 ด้าน อันเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ปัจจัยบางประการหมายถึง อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก

โรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือด ส่วนหน่วยสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Survey of Stroke) ของสหรัฐอเมริกาให้คำจำกัดความว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรกระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือด ซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

ก. การอุดตันจากลิ่มเลือด (Thrombosis) หรือลิ่มเลือดที่หลุดจากอวัยวะอื่น (embolism) ของหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Cerebral infarction)

ข. การแตกของหลอดเลือดซึ่งเกิดขึ้นเอง ยังผลให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือเลือดออกใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

ความหมายนี้ไม่รวมการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมอง จากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือด (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:3)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุสำคัญอยู่ 2 ประการคือ

1. การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ (Cerebral ischemia)

2. การแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้มีเลือดออกในสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้แบ่งได้ 2 ประการคือ ปัจจัยเสี่ยงหลัก (Major risk factors) และปัจจัยเสี่ยงรอง (Minor risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

1. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูงได้รับการพิสูจน์อย่างแน่นอนแล้วว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเลือดออกในสมอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:13) กลไกการเกิดมีหลายประการคือ ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และจากหลักฐานทางพยาธิวิทยาพบว่า ความรุนแรงของหลอดเลือดแดงแข็ง บริเวณเซอร์เคิลของวิลลิส (Circle of Willis) จะขนานกับความรุนแรงและระยะเวลาการเป็นความดันโลหิตสูง การเสื่อมของหลอดเลือดจากความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดเลือดออกในสมองและสมองขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงจะทำให้ กลไกการปรับตัวเพื่อ

เพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง (autoregulation) เสียไป ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งทำให้เกิด สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ง่ายขึ้น (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:13-15)

ประเสริฐ หลุยเจริญ (2534:61) ได้ศึกษาอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา สุพรรณบุรี ระยะเวลา 3 ปี 1 มกราคม 2530 - 31 ธันวาคม 2532 พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง และเป็นเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญที่สุด โดยพบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนวิลเลียมและคณะ (William, et.al 1970:330) พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิเชลล์และแจ๊ค (Michael & Jack 1987:214) พบว่าการควบคุมความดันโลหิตสูงจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. โรคเบาหวาน (Diabetes)

เบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณ 2 เท่าของ คนปกติ (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:16) จากการศึกษาของประเสริฐ หลุยเจริญ (2534:63) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีเบาหวานร่วมด้วยร้อยละ 12.78 การศึกษาประชากรในเยรูซาเล็มที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ร้อยละ 20 เป็นโรคเบาหวาน ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เท่าของคนปกติ และผู้ชายที่เป็นเบาหวานเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2-2.5 เท่าของคนปกติ (สมศักดิ์ เลียงจันทร์ 2529:82)

กลไกของเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกี่ยวกับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีหลอดเลือดแดงแข็งของหลอดเลือดบริเวณเซอร์เคิลของวิลลิสมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Coronary heart disease) และการสูงอายุ การควบคุมเบาหวานอย่างเดียวยังไม่ค่อยมีส่วนในการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เท่าที่ควร (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:18)

3. โรคหัวใจ (Heart disease)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2-5 เท่าของคนปกติ ในผู้ชายมีโอกาสดังกล่าวเท่ากับผู้หญิง ผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณ 6 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530: 15-16)

กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดโรคสมองขาดเลือดไปเลี้ยงมีด้วยกันหลายอย่างเช่น ลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น ไปอุดตันเส้นเลือดสมองจากการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจ นอกจากนี้การทำงานที่ผิดปกติย่อมทำให้เลือดออกไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในสมองอยู่บ้างแล้ว

4. อายุ (Age)

โรคหลอดเลือดสมองพบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ ประเสริฐ หลุยเจริญ (2534:62) พบว่า ช่วงอายุที่พบอุบัติการณ์โรคนี้นี้สูงสุดคือ ช่วงอายุ 55-60 ปี จากสถิติที่มีผู้ทำไว้ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก 0.6 เป็น 1.8 ต่อ 1,000 ต่อปี เมื่ออายุเพิ่มจาก 45 ปี เป็น 54 ปี และจะเพิ่มจาก 6 เป็น 12 ต่อ 1,000 ต่อปี เมื่ออายุเพิ่มจาก 65 ปี เป็น 74 ปี และถ้าอายุเกิน 85 ปี มีอัตรา 40 ต่อ 1,000 ต่อปี ในเพศชายและหญิง ต่างกันคือ ในวัยเจริญพันธุ์ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในหญิงจะน้อยกว่าในชายและหลังวัยเจริญพันธุ์แล้วอัตราการเกิดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เชื่อว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลในการป้องกันหลอดเลือดแดงแข็งในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530:12)

ปัจจัยเสี่ยงรอง

1. ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

การมีไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) แต่สำหรับโรค

หลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคสมองขาดเลือด ไปเลี้ยง ความสัมพันธ์ของระดับไขมันในเลือดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นต่ำ (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:19) ซึ่งสอดคล้องกับ สมศักดิ์ เลียงจันทร์ (2527:81) กล่าวว่า ไขมันในเลือดมีความสำคัญในคนอายุน้อยกว่า 55 ปี ในคนสูงอายุไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ระหว่างคนที่มีไขมันในเลือดสูงกับคนที่มีไขมันในเลือดปกติ

กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากไขมันในเลือดสูง เกิดจากมีสารไขมันโดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอล และเบต้าไลโปโปรตีน (Betalipoprotein) เข้าไปเกาะอยู่ในผนังหลอดเลือดแดง และเกาะอยู่จำนวนมากใต้ชั้นอินทิมา (Intima) จนกลายเป็นแผ่นแข็งและอุดตันหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมอง

2. โรคเลือด

ภาวะโรคเลือดหลายชนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูง (Polycytemia vera) พบว่าฮีมาโตคริตที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มความหนืดของเลือด ฮีโมโกลบินสูงกว่า 15 กรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้ชายและสูงกว่า 14 กรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้หญิงจะเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง (Folger 1987:15) ส่วนระดับนิวโทรฟิลที่สูงขึ้น อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:20)

3. การสูบบุหรี่ (Smoking)

อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี แต่ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ การสูบบุหรี่ไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:19) ส่วนการศึกษาที่ฟรามิงแฮมพบว่า การสูบบุหรี่จัดนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันสูงถึง 3 เท่าในผู้ชาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในผู้หญิง (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2534:46) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ หลุยเจริญ (2534:63) พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบผู้ชายสูบบุหรี่ร่วมด้วยร้อยละ 94.36 โดยบุหรี่จะไปเพิ่มระดับไฟบริโนเจน เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ทำให้ความเข้มข้นของเลือดเปลี่ยนแปลงและทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว ซึ่งส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย

4. สุรา (Alcohol)

พบว่าสุราอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเลือดออกในสมองและสมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ เนื่องจากสุราทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:19-20) สุรามีผลทำให้จำนวนเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด มีผลทำให้พลาสมาออสโมลาริตี (plasma osmolarity) เปลี่ยนไป มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเซลล์เม็ดเลือดแดง และการเปลี่ยนแปลงรูปร่างมีผลทำให้เกิดการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ถ้าดื่มสุราเท่ากับหรือมากกว่า 300 กรัมต่อสัปดาห์ จะพบว่ามียัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4.2 เท่า (ประเสริฐ หลุยเจริญ 2534:63)

5. ความอ้วน (Obesity)

พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง แต่มีความสัมพันธ์ผ่านความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:20) ความอ้วนจะมีความสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 30 ของน้ำหนักตัวมาตรฐาน ความสำคัญนี้มีมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (สมศักดิ์ เลียงจันทร์ 2527:82)

6. ยาคุมกำเนิด (Oral Contraceptive Drug)

ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่ไม่รับประทาน (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:20) ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Folger 1987:15) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเพทิตตี และคณะ (Petitti & others) ซึ่งไม่พบว่ายาคุมกำเนิดมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างใด ยกเว้นการเกิดเลือดออกใต้ชั้นอแรคนอยด์ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2534:48)

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ เชื้อชาติ และสิ่งแวดล้อม พบว่านิโกรเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนขาว ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะนิโกรเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนขาว หรือชาวญี่ปุ่นเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยเกี่ยวกับอาหาร สภาวะแวดล้อมมากกว่า เพราะญี่ปุ่นที่ย้ายไปอเมริกาอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างจากคนขาว (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:21)

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดแตกหรืออุดตัน จะมีพยาธิสรีรวิทยาตามมาเหมือน ๆ กันคือ เกิดภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน และภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้น

ภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน

โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือด หรือมีการไหลเวียนน้อยหรือมีก้อนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณนั้นลดลง นอกจากนี้มีผลมาจากภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้นด้วยเลือดที่ไปเลี้ยงสมองในตำแหน่งนั้นๆ จะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ จนถึงขีดเริ่มเปลี่ยน (threshold) และทำให้เซลล์ประสาทหยุดทำงาน อาจมีการเปลี่ยนแปลงต่อไปจนทำให้ เซลล์ประสาทสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรได้ ในคนทั่วไปถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดเหลือร้อยละ 35-40 ของค่าปกติ (คือเท่ากับ 20 มิลลิลิตรต่อสมอง 100 กรัม ต่อนาที) จะทำให้การนำส่งออกซิเจนของเลือดสู่สมองไม่เพียงพอ ดังนั้นการเผาผลาญกลูโคสของสมองเพื่อให้เกิดพลังงานทำไม่ได้เหมือนเดิม ต้องใช้กระบวนการสลายน้ำตาลโดยไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic glycolysis) มีผลให้กรดแลคติกคั่งในสมองเป็นปริมาณมาก ถ้าหากปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดต่ำลงไปอีก (เช่นต่ำกว่า 8 มิลลิลิตรต่อสมอง 100 กรัมต่อนาที) จะทำให้เม็มเบรนของเซลล์ประสาทของสมองเสียความสามารถในการเก็บโปตัสเซียม โปตัสเซียมจึงออกมานอกเซลล์มากในขณะที่เดียวกันแคลเซียมจะทะลักเข้าสู่ภายในเซลล์ ทำให้เซลล์บวมแตกและสลายไปในที่สุด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองกลับมาสู่ระดับปกติ เซลล์ประสาทสมองจะไม่สามารถฟื้นตัวกลับมาตามเดิมได้ ถ้าขาดเลือดอย่างสิ้นเชิงเพียง 5 นาที ก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท

ภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง

ความดันในกระโหลกศีรษะเปลี่ยนแปลงตามส่วนประกอบภายในกระโหลกศีรษะและกระดูกสันหลัง ซึ่งมีเนื้อที่และปริมาณจำกัด เมื่อเกิดภาวะสมองบวมน้ำหรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เนื้อสมองถูกกดเบียดจะทำให้ความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงแตกต่างกันได้มากตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงหมดสติขึ้นอยู่กับภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นรวดเร็วเพียงใด และอัตราการเปลี่ยนแปลงของความดันในกระโหลกศีรษะมากน้อยเพียงใด

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงแตกต่างกันไปตามสาเหตุ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ

แบ่งอาการและอาการแสดงตามสาเหตุ ได้ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดสมอง

(Thrombotic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นบ่อยที่สุด มีภาวะเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดตีบหรือรูของหลอดเลือดแดงแคบลงทำให้ขัดขวางต่อการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงสมอง กระบวนการเกิดจะเป็นไปตามขั้นตอนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะแรกลิ่มเลือดไม่ได้อุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ การอุดตันของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์อาจต้องใช้เวลาเป็นชั่วโมง เมื่ออุดตันอย่างสมบูรณ์แล้ว ลิ่มเลือดจะกระจายไปตรงหลอดเลือดส่วนปลายใกล้เคียงกับส่วนที่หลอดเลือดแตกแขนงและอุดตรงที่หลอดเลือดมาประสานเชื่อมต่อกัน สาเหตุของลิ่มเลือดที่พบมากที่สุดคือเกิดขึ้นตามหลังหลอดเลือดแดงแข็งของเส้นเลือดในสมอง โดยทั่วไปตำแหน่งที่เกิดลิ่มเลือดได้บ่อยที่สุดคือบริเวณเส้นเลือดที่แตกแขนงหรือส่วนของเส้นเลือดที่คดโค้งมาก และเส้นเลือดที่แคบที่สุดได้แก่ เส้นเลือดมิดเดิลซีรีบรอลเบซิลาร์ (Middle Cerebral Basilar) และเส้นเลือดคาโรติด (Carotid arteries)

อาการและอาการแสดงแบ่งได้ดังนี้

1. การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (Transient Ischemic Attack-TIA) หมายถึง ภาวะที่สมองส่วนหนึ่งขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวทำให้ระบบประสาทผิดปกติเป็นระยะเวลาสั้น ๆ และหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (ระวีพรรณ วิฑูรพาณิชย์ 2531:339) กลไกที่ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราวเชื่อว่าเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหัวใจหรือผนังหลอดเลือดแดงที่แข็งตัวไปอุดตันหลอดเลือดที่สมอง

การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราวแบ่งได้ 2 ชนิดคือ

1.1 การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราวที่เกิดจากหลอดเลือดคอโรติด (Carotid TIA) มักมีอาการแขนขาตรงข้ามกับสมองที่มีพยาธิสภาพอ่อนแรง และชา ผิดปกติในการพูด ตาบอดข้างเดียว สับสน

1.2 การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราวที่เกิดจากหลอดเลือดแดงเวอร์ทีโบรเบซิลลา (Vertebrobasilar TIA) มักมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ตามองไม่เห็นทั้งสองข้าง เวียนศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน เดินเซ ชาบริเวณหน้าหรือรอบปาก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนลำบาก (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ 2530:183-185)

ผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว พบว่าหนึ่งในสามจะเกิดอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โดยไม่เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หนึ่งในสามจะไม่เกิดอาการอีกเลย และอีกหนึ่งในสามจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

2. โรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด (Stroke in evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่ลึกระดับยังไม่สิ้นสุด และกำลังจะเป็นมากขึ้น อาการและอาการแสดง เช่นเดียวกับการเกิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวแต่อาการรุนแรงมากกว่า

3. โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (Complete stroke) เป็นอาการแสดงของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเสียหายที่โดยสิ้นเชิง เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ตาบอดครึ่งซีก มีอาการผิดปกติของประสาท

สมอง (Cranial nerve palsy) และหมดสติ (Coma) เป็นต้น
(จเว ผลประเสริฐ 2530:207)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Embolic stroke) เกิดจากลิ่มเลือดจากอวัยวะอื่นหลุดลอยมาอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง มักจะเป็นผลมาจากโรคหัวใจ ซึ่งลิ่มเลือดในหัวใจจะแตกเป็นก้อนเล็กๆ และลอยไปตามกระแสเลือดไปที่สมอง ผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดปกติแบบหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) และร่วมกับมีลิ้นไมตรีลตีบ มีโอกาสจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น สาเหตุอย่างอื่นที่จะทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดมาจากอวัยวะอื่น คือ ไชมัน หรือ ลิ่มเลือดจากเซลล์เนื้องอกจากการติดเชื้อในร่างกาย จากการทำผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดและจากการรับประทานยาคุมกำเนิด

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น มักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในชั่ววินาทีหรือนาทีโดยไม่มีอาการเตือน ก้อนลิ่มเลือดจะอุดเส้นเลือดแดงอินเทอร์นอลคาโรติด (internal Carotid Artery) ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกอย่างรุนแรง ลิ่มเลือดที่หลุดมาจากหัวใจส่วนใหญ่มักจะลอยเข้ามาในระบบไหลเวียนของสมอง ความหลอดเลือดแดงคาโรติด ก้อนลิ่มเลือดเล็ก ๆ ที่หลุดมาจากอวัยวะอื่น (emboli) พบได้บ่อย และมักจะอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (middle cerebral artery) ทำให้เกิดอัมพาตส่วนเดียว หูตึงไม่ได้ ถ้าเข้าไปในสมองตามหลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรัล (Vertebral artery) และมักจะอุดหลอดเลือดแดง โพลทีเรียซีรีบรัล (Posterior cerebral arteries) ทำให้เกิดตาบอดทั้งสองข้างเมื่อลิ่มเลือดที่หลุดมาจากอวัยวะอื่นผ่านไปตามหลอดเลือด อาจจะทำให้เกิดอาการได้ชั่วคราว ลิ่มเลือดใหญ่ ๆ อาจจะถูกอยู่ที่บริเวณนั้น ๆ 2-3 ชั่วโมงแล้วจะแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคลื่อนไปเรื่อย ๆ เมื่อก่อนนั้นแตกออก อาการต่าง ๆ อาจหายไป อย่างไรก็ตามในที่สุดลิ่มเลือดที่แตกลอยมานี้จะอุดหลอดเลือดเล็ก ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทที่สัมพันธ์กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ

3. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดในสมองแตกที่พบบ่อยคือ

1. ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. หลอดเลือดที่โป่งพองในสมองแตก (Rupture of Cerebral aneurysm)
3. หลอดเลือดดำและแดง ที่ผิดปกติในสมองแตก (Rupture arteriovenous malformation)
4. เลือดออกจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
การมีเลือดออกในสมอง แบ่งได้ตามตำแหน่งของเลือดหรือก้อนเลือด

ได้ดังนี้

1. เลือดออกใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) มี 2 ชนิดคือ การมีเลือดออกเข้ามาในช่องนี้โดยตรง (Primary subarachnoid hemorrhage) และการมีเลือดออกในตำแหน่งอื่น เช่น ในเนื้อสมองกระโหลกศีรษะก่อนแล้วเลือดไหลเข้ามาใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Secondary subarachnoid hemorrhage)

อาการของภาวะนี้ได้แก่ อาการปวดศีรษะทันทีทันใด คลื่นไส้ อาเจียน คอแข็ง ผู้ป่วยอาจซึมลงจากความดันในสมองสูง เจ็บหลังและหลอดเลือดหดตัว

2. เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง อาการหลอดเลือดสมองแตกเกิดขึ้นทันทีทันใดขณะทำอะไรอยู่ก็ได้ แต่มีจำนวนไม่น้อยที่เป็นขณะตกใจหรือโกรธมาก ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงขึ้นมาทันที ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และซึม ถ้าก้อนเลือดก้อนเล็กอาจไม่ปวดศีรษะและไม่ซึม โดยเฉพาะถ้าเลือดออกที่เบซอลแกงเกลีย (basal ganglia)

ถ้าเลือดออกในพอนส์ (pons) ผู้ป่วยจะซึมลงอย่างรวดเร็ว รูม่านตาเล็กเท่ารูเข็ม (pin point pupils) และไม่มีตาตุ๊กตา (Doll's eye movement) ขยับแขนขาไม่ได้

ถ้าเลือดออกในสมองเล็กจะมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน ถ้ายังไม่ซึมจะตรวจพบอาการของสมองเล็กชัดเจน ถ้าเลือดออกมากจะซึมถึงหมดสติและความดันในสมองสูงจนเกิดการกดก้านสมอง ทำให้หายใจลำบาก (ระวีพรณ วิฑูรพาณิชย์ 2531:342-343)

3. เลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) โดยทั่วไปเกิดจากเลือดที่ออกในเนื้อสมองตำแหน่งที่อยู่ใกล้ ๆ เซาะเข้ามาในโพรงสมอง หรือเลือดออกใต้ชั้นอ เรคนอยด์แล้ว ไหลย้อนเข้ามาในโพรงสมอง

อาการทั่ว ๆ ไปของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของหัวใจ หลอดเลือดที่คอตาแข็ง สับสน ความจำเสื่อม จิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการเฉพาะที่ของระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองตายเกิดพยาธิสภาพ หรือตำแหน่งที่เลือดออก เช่น อาจมีแขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาต สูญเสียความรู้สึก มีความผิดปกติในการพูด และมีการเปลี่ยนแปลงของรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:68)

การวินิจฉัย

1. โดยอาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย และต้องพยายามหาสาเหตุ เพราะการรักษาจะแตกต่างกัน
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ระดับไขมันในเลือด และติดตามปัญหาโรคทางกายอื่น ๆ ที่อาจจะพบร่วมในผู้ป่วย อันอาจมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย เช่น การตรวจเกลือแร่ในร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด
3. การวิจัยจำเพาะ
 - 3.1 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) มีประโยชน์มากในการวินิจฉัยต่อไปนี้
 - 3.1.1 แยกโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรคอื่น ๆ เช่น เลือดออก เนื้องอก มี ก้อนเลือดใต้ชั้นดورا (Subdural hematoma)

3.1.2 แยกว่าเป็นเลือดออกในสมองหรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

3.1.3 หาดำแหน่ง ขนาด และจำนวนรอยโรคในโรค

หลอดเลือดสมอง

3.1.4 ดูความเก่าใหม่ของรอยโรค ดูพยาธิสภาพเดิมของสมองที่อาจทำให้อาการและการดำเนินโรคเปลี่ยนไปจากที่ควรจะเป็น

3.2 การเจาะน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture) มีวัตถุประสงค์ดังนี้

3.2.1 แยกโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง หรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

3.2.2 แยกโรคหลอดเลือดสมองจากรอยโรคอื่นที่ทำให้เกิดอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง

3.2.3 เพื่อยืนยันว่าไม่มีเลือดออกในสมอง หลังเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้วไม่พบ เพื่อช่วยตัดสินใจให้ยากันการแข็งตัวของเลือด

3.3 การตรวจหาพยาธิสภาพของหลอดเลือดโดยการทำแองจิโอกราฟี (Angiography)

3.4 การวินิจฉัยเพื่อการวิจัย

เป็นการตรวจซึ่งไม่มีใช้ทั่วไป แต่มีใช้สำหรับศึกษารายละเอียดเพื่อการวิจัย

3.4.1 การวัดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง 100 กรัมใน 1 นาที คนปกติประมาณ 54 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที

3.4.2 การศึกษาการทำงานของสมองโดยฉีดสารกัมมันตภาพรังสีเข้าในร่างกาย (Positron Emission Tomography) ทำให้สามารถวัดปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเฉพาะที่ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง 100 กรัมต่อนาที เมตะบอลิซึมของออกซิเจนและน้ำตาลในสมอง เป็นต้น

3.4.3 การใช้คลื่นแม่เหล็กตรวจสมอง (Magnetic Resonance Imaging) สามารถบอกรายละเอียดของส่วนต่าง ๆ ของสมอง บอกขอบเขตได้ชัดเจน และสามารถเห็นบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ก่อน 24 ชั่วโมง ซึ่งส่วนใหญ่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่สามารถแยกได้

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีจุดมุ่งหมายสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลา มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาแบ่งออกได้ดังนี้

1. การรักษาทั่วไป ให้การรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ซึมหรือหมดสติ คือ

1.1 ดูแลทางเดินหายใจ ถ้ามีเสมหะ ช่วยดูดเสมหะบ่อย ๆ ให้ออกซิเจน

1.2 พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ และติดเชื้ทางเดินหายใจ

1.3 ให้สารน้ำและอาหารให้เพียงพอ

1.4 ผู้ป่วยที่เลือดออกในสมองหรือสมองตายจากการขาดเลือดที่ซึมมาก ควรแสดงสิ่งแสดงชีพและอาการแสดงทางระบบประสาทบ่อย ๆ ถ้าความดันโลหิตสูง ชีพจรช้าลง หรือรูม่านตาไม่เท่ากัน แสดงว่าความดันในสมองสูงมาก และกดเนื้อสมองลงมา

1.5 การลดความดันในผู้ป่วยที่เลือดออกในสมองและสมองตายจากการขาดเลือด ควรทำด้วยความระมัดระวัง

1.6 ผู้ป่วยที่เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มสมอง ควรระวังเรื่องเลือดออกซ้ำ โดยเฉพาะในระยะสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยจะปวดศีรษะและซึมมากขึ้น

2. การรักษาเฉพาะ

2.1 การรักษาภาวะสมองบวม เมื่อสมองขาดเลือด สมองจะบวมเสมอ ระยะแรก จะบวมจากพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic edema) ระยะต่อมา สิ่งกั้นเลือดและสมอง (Blood brain barrier) จะผิดปกติด้วย สมองจึงบวมมากขึ้นจากหลอดเลือด (Vasogenic edema) โดยทั่วไปสมองจะเริ่มบวมไม่กี่นาทีก่อนหลังจากที่เริ่มตายจากการขาดเลือด จะบวมมากที่สุดในวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 และจะหายบวมภายใน 2 สัปดาห์ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองบวมได้แก่

ก. กลีเซอรอล ให้ได้ทั้งทางปากและทางเส้น แต่ในประเทศไทย มีเฉพาะชนิดที่ใช้ทางปากเท่านั้น

ข. แมนนิทอล ให้เป็นสารละลาย 20% 300-500 cc หยด เข้าเส้นภายใน 1/2 - 1 ชั่วโมง

ค. สตีรอยด์ ยาที่นิยมใช้มากที่สุดคือ เด็กซาเมทาโซล ควรให้สตีรอยด์เมื่อผู้ป่วยซึม หรือมีอาการอ่อนแรงของแขนขาตั้งแต่ปานกลางถึงมาก

2.2 การผ่าตัด ถ้าเลือดออกที่เปลือกสมอง (Cortex) และก้อนเลือดใหญ่ อาจต้องผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก แต่ต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับดีเสียก่อน ถ้าก้อนเลือดเล็กและอยู่ลึกโดยเฉพาะในเบซอลแกงเกลียนไม่ต้องผ่าตัด เพราะเลือดจะถูกดูดซึมไป และผู้ป่วยดีขึ้นเองได้ กรณีเลือดออกในสมองเล็ก และพบก้อนเลือดมีขนาดใหญ่และผู้ป่วยซึม ควรผ่าตัดเป็นการฉุกเฉิน เพราะถ้าทิ้งไว้จะเสี่ยงต่อการเกิดการเลื่อนของสมองส่วนทอนซิลลารี ซึ่งจะกดศูนย์หายใจ ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ ถ้าเลือดออกในก้านสมองไม่ต้องผ่าตัด ผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตในตอนแรก ถ้าดูแลดี ๆ มีโอกาสดีขึ้นได้ สำหรับผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดชั่วคราว โดยเฉพาะกลุ่มที่ตามืดชั่วคราว ถ้าถ่ายภาพรังสีคาโรติด แล้วพบปื้นแข็งที่ส่วนต้นของหลอดเลือดคาโรติดในคอ ควรปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อคว้านหลอดเลือด

(Endarterectomy)

2.3 การให้ยาป้องกัน การรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกัน นั่นคือให้การรักษาตั้งแต่ระยะสมองขาดเลือดชั่วคราว แต่ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ก็ควรให้ยาหรือป้องกันการเกิดครั้งต่อไป

2.3.1 ยาต้านเกร็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet aggregants) ได้แก่ แอสไพริน ให้ 1 เม็ด (300 มิลลิกรัม) หลังอาหารเช้า-เย็น ถ้าอาการสมองขาดเลือดยังคงมีอยู่ ควรเพิ่ม 2 เม็ด เข้า-เย็น แต่ผู้ป่วยไม่น้อยที่กินยานี้ไม่ได้เนื่องจากปวดท้อง ยาอีกตัวหนึ่งคือ เพอร์แซนทิน ให้ขนาด 25-75 มิลลิกรัม วันละ 3 เวลา ยานี้ไม่ค่อยระคายกระเพาะอาหาร

2.3.2 ยาต้านเลือดแข็ง (anticoagulants) อาจใช้ยากันเลือดแข็ง โนราบายที่

ก. สมองขาดเลือดเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยแอสไพรีน หรือ เพอร์แซนทินแล้ว ไม่ได้ผล และยังคงมีอาการอยู่เรื่อย ๆ

ข. สมองตายจากขาดเลือดซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง และไม่สามารถป้องกันด้วยแอสไพรีนและเพอร์แซนทิน

ค. หลอดเลือดสมองถูกอุดในรายที่ล้มไมตรีลติบ โดยที่หัวใจห้องบนเต้นริกหรือ ไม่ก็ได้ ถ้าไม่มีอาการแสดงว่าเกิดการอุดตันหลอดเลือดซ้ำอีกควรรอการให้ยาไนไวจินหลังเกิดเหตุประมาณ 1 สัปดาห์ เพราะเลือดอาจออกในบริเวณที่สมองตายจากการขาดเลือด ซึ่งมักเกิดภายใน 3-7 วัน (ระวีพรรณ วิฑูรพาณิชย์ 2531:344-346)

3. การทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ

จุดประสงค์การทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ เพื่อจะลดความพิการและสามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุด ควรเริ่มภายใน 2-3 วัน โดยออกกำลังกายข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยประมาณ 50 ครั้ง/วัน เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง โดยเฉพาะข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า กรณีมีพยาธิสภาพเล็กน้อยควรให้นั่งรถเข็นหลัง 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่อัมพาตข้างเดียวควรฝึกหัดให้เรียนรู้ที่จะเดินใน 3 ถึง 6 เดือน (Jay, C Miller & Raymond in Harrison. ed. 1980:1926)

4. การป้องกันการเกิดซ้ำ

โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดซ้ำได้ ควรดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ควบคุมความดันโลหิต เลี้ยงยานอนหลับเกินขนาด รักษาโรคเดิมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน งดการดื่มสุรา สูบบุหรี่ เลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง

การห่านายโรค

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวของสมองขึ้นกับ

1. อายุของผู้ป่วย ถ้าอายุน้อยมีโอกาสฟื้นตัวดีกว่า

2. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง แม้จะมีอัตราการตายสูงกว่า สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ในระยะแรกแต่โอกาสฟื้นคืนหน้าที่

ของระบบประสาทระยะหลังจากพ้นระยะแรกไปแล้วมักจะติกว่า เพราะก้อนเลือด อาจไม่ทำลายเนื้อสมองเท่าการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เมื่อก้อนเลือดถูกดูดซึมไป เนื้อสมองจึงอาจฟื้นหน้าที่ได้ติกว่าพวกสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

3. ขนาดของรอยโรค ถ้ามีขนาดใหญ่โอกาสฟื้นคืนหน้าที่มีก็น้อย

4. ตำแหน่งของรอยโรค รอยโรคในเปลือกสมองมักจะฟื้นตัวได้น้อยกว่ารอยโรคในก้านสมอง (brain stem) เพราะรอยโรคในเปลือกสมอง จะไปทำลายสมองส่วนที่จะช่วยปรับการทำงานของสมอง รอยโรคในสมองด้านที่ไม่เด่น (non-dominant hemisphere) จะมีการทำนายโรคเร็วกว่าในสมองด้านที่เด่น (dominant hemisphere) เพราะรอยโรคในสมองด้านที่ไม่เด่นมักทำให้เกิดการสับสน วัน เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ซึ่งจะ เป็นอุปสรรคต่อการทำกายภาพบำบัด หรือการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

5. อาการแสดงทางคลินิก อาการที่บ่งการทำนายโรคหรือการฟื้นตัว ขึ้นกับการสูญเสียหน้าที่การสั่งการและรับความรู้สึก การมีความจำเสื่อม หูตึงไม่ได้ การสูญเสียการรับรู้ การมองเห็นบกพร่อง การสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล นอกจากนี้การเสียหายที่ในการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกอย่างมาก ย่อมทำให้การฟื้นตัว ไม่ดีเท่าที่ควร (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2530:27-28) การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบว่ามีการฟื้นตัว ได้ดีที่สุดในช่วง 6 เดือนแรก ภายหลังเกิดโรค แต่ในผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงจะพบว่า การฟื้นตัวจากโรคจะ เริ่มดีขึ้นภายใน 6-12 เดือนแรก (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2534:676)

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา ทั้งในรายที่กำลัง ได้รับการรักษา และได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม รวมถึงหน้าที่การงาน

ปัญหาที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) รีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า กิจวัตรประจำวันเหล่านี้ต้องเรียนรู้กันใหม่ (Frye-Pierson & Toole 1987:81)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการเขียน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบทั้งหมด จำคำต่าง ๆ ได้ยากขึ้น ความเข้าใจภาษาลดลง บางคนพูดไม่ได้ (Aphasia) พูดไม่ชัด (Dysarthria) บางคนไม่สามารถออกเสียงได้ หรือ ไม่สามารถพูดเป็นประโยคที่สมบูรณ์ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด ลั่นและเพดานอ่อนแรง การอ่านและการเขียนทำได้ยากขึ้น (Frye - Pierson & Toole 1987:121-138)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความทุกข์ทรมานมากจากการเปลี่ยนแปลงการรับความรู้สึก บางครั้งสูญเสียการรับความรู้สึกที่รุนแรง ผู้ป่วยอาจจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีพยาธิสภาพ และไม่สนใจสิ่งที่มากระตุ้นด้านนั้นทำให้ร่างกายได้รับอันตรายได้ การกำหนดระยะทาง ขนาด ตำแหน่ง และความเร็ว ทำได้ยากขึ้น (Frye-Pierson & Toole 1987:81-88) การรับรู้ทางสายตาผิดปกติ ความผิดปกติที่พบบ่อยคือตาบอดครึ่งซีก โดยเสียข้างเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemianopia) บางคนเห็นไม่ชัด ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Brunner & Suddarth 1975:920) ผู้ป่วยมักมีความลำบากในการบอกหรือรู้รูปร่าง ขนาด สี บอกส่วนต่างๆ ของร่างกายว่าเป็นส่วนใด ชื่อใด (อคุลย์ วิริยเวชกุล 2532:12)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การสูญเสียรีเฟล็กซ์การขย้อน และการทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้สำลักได้ง่าย (Frye-Pierson & Toole 1987:81-88)

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา

ความผิดปกติของสติปัญญาขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางคนไม่เข้าใจสิ่งที่พูด บางคนเข้าใจแต่ไม่สามารถพูด เขียน หรือแสดงให้ผู้อื่นรับรู้ว่าเขาเข้าใจ บางคนตอบไม่ตรงคำถาม ขาดสมาธิการตัดสินใจทำได้ไม่ดี สูญเสียความจำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ไม่สามารถใช้สิ่งต่าง ๆ ได้ตามปกติทั้งที่เคยใช้มาก่อน

(Frye-Pierson & Toole 1987:67-68)

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย

ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่อั้นปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากมีการทำลาย ศูนย์ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เกิดการคั่งปัสสาวะ บางรายเกิดเนื่องจากสับสน ไม่สามารถสื่อสารในสิ่งที่เขาต้องการ ไม่สามารถใช้กระบอกกระโถนรองปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ตุ่มน้ำน้อย หรือได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ท้องผูกได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และเกิดความวิตกกังวล บางรายต้องใส่ยาเหน็บ หรือสวนอุจจาระ ซึ่งญาติต้องคอยดูแลในเรื่องการชำระความสะอาดจากการวิจัยของนิตยา สุทธยากร (2531:73) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติพบว่า หมวดที่ญาติมีความมั่นใจน้อยที่สุด คือ การดูแลเรื่องการขับถ่าย

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วยที่ร่างกายพิการหน้าที่ทางเพศอาจได้รับการขัดขวางเนื่องจาก

1) สาเหตุทางร่างกาย เช่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

การที่ไม่สามารถควบคุมหน้าที่การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ จึงขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ทางเพศ

2) สาเหตุทางจิตใจ ซึ่งเกิดได้มากกว่าสาเหตุทางร่างกาย

ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหย่อนสมรรถภาพหมดความดึงดูดน่าสนใจ การนับถือตนเองลดลง รู้สึกไร้ค่า ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังเดิม ผู้ป่วยและคู่สมรสจำนวนมากกล่าวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดโรคนี้ซ้ำได้ (Martin, et al. 1981:381)

2. ปัญหาด้านจิตใจ

ความพิการทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้เวลารักษาและฝึกหัดนานเป็นปีหรือตลอดไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ อารมณ์เศร้าหมอง คอยระวังส่วนพิการและระแวงเกี่ยวกับการรักษาตลอดเวลา (สุรางค์ ขลังธรรมนิยม และคณะ 2527:423) นอกจากนี้ความพิการของผู้ป่วยยังกระทบถึงชีวิตครอบครัว สังคม ต้องสูญเสียเพื่อน สูญเสียบทบาทในวิถีชีวิตประจำวัน มีปัญหาเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจกับผู้ป่วยหลายประการ (Howard A. Rusk 1977:270) ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมในหลาย ๆ รูปแบบได้แก่

2.1 ความซึมเศร้า (Depression)

มีผู้ได้ศึกษาและรายงานถึงการพบอาการซึมเศร้าในระยะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากมาย เช่น โพลสไตน์และคณะ (Folstein & others) รายงานว่าร้อยละ 40-45 พึงเคิลสไตน์และคณะ (Finklesterin & others) รายงานว่า พบร้อยละ 48 (นิพนธ์ หวงวรินทร์ 2534:627) ความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นระหว่าง 2 ปีแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังคงอยู่ 2-10 ปี และจะเพิ่มขึ้นอีกหลัง 10 ปีเฉลี่ยแล้วประมาณ 5 ปี (Frye-Pierson & Toole 1987:74) ความซึมเศร้าแสดงออกด้วยอาการดังนี้

- 1) เศร้า โศก สิ้นหวัง
- 2) ไม่ยิ้มแย้ม ไม่ยินดีกับเรื่องใดๆ
- 3) น้ำหนักลด ความอยากอาหารลดลง
- 4) นอนไม่หลับ
- 5) อ่อนล้า ทหมดแรง เฉื่อยชา
- 6) โกรธ
- 7) หูต คิดและเคลื่อนไหวช้าๆ สติปัญญาเสื่อม
- 8) ความสนใจทางเพศลดลง
- 9) หมดความสนใจในงานและกิจกรรมปกติ
- 10) รู้สึกไร้ค่า ละอาย ผิด
- 11) ไม่มีสมาธิ

- 12) ความนับถือตนเองลดลง
- 13) รู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ
- 14) สิ้นหวัง
- 15) คิดถึงความตาย พยายามฆ่าตัวตาย
- 16) วิตกกังวล

2.2 ความกลัว (Fear)

ผู้ป่วยมักกลัวการลดบทบาททางสังคม โดยเฉพาะถ้าผลการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดั้งเดิม กลัวสัมพันธภาพในครอบครัว สังคมเปลี่ยนแปลง กลัวตาย มักแสดงออกในรูปของความไม่มั่นใจในตนเอง เช่น โกรธง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ใจน้อย ร้องไห้ง่าย ขาดเหตุผล (สุปราณี วศินอมร 2531:35)

2.3 ความกังวล (Anxiety)

ผู้ป่วยที่พิการทุกคนมีความกังวล ซึ่งบุญสม วรณกนก (2525:247) กล่าวไว้ว่าความวิตกกังวล คือ ความไม่สบายของจิตใจในภาวะที่มีความตึงเครียดของอารมณ์ จากความวิตกกังวลร่วมกับความหวาดหวั่นภายในจิตใจได้สำนึกโดยหาสาเหตุไม่ได้ อาการที่พบได้แก่ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ผันถึงสิ่งที่น่ากลัว มีอาการสั่นกังวลใจโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมความคิดของตนเองได้ กลัวที่จะอยู่คนเดียว เหนื่อยและเบื่อหน่ายที่จะทำกิจกรรม

2.4 ความก้าวร้าว (Aggressive)

ผู้ป่วยแสดงการก้าวร้าว โกรธ และเห็นผู้อื่นเป็นศัตรู เป็นผลจากผู้ป่วยได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ เมื่อร่างกายพิการไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยจะแสดงตนเป็นปรปักษ์ต่อสังคม ทำลายสิ่งของ ตะโกนกล่าวคำหยาบ แสดงกิริยาแบบอันตพาล (บุญสม วรณกนก 2525:249)

ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าวแล้ว ปัญหาที่พบได้บ่อยอีกอย่างหนึ่งคือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ถ้าญาติให้การดูแลอย่างถูกต้อง

3. ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง เพราะนอกจากจะเกิดขึ้นได้บ่อยแล้ว ปัญหาแทรกซ้อน บางอย่างอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังนี้

3.1 แผลกดทับ (bedsore, pressure sore, decubitus ulcer) สาเหตุเนื่องจากถูกกดทับโดยน้ำหนักตัวเป็นเวลานาน ๆ ทำให้บริเวณนั้นมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอและไม่สามารถขับของเสียออกไปได้ จึงเกิดการตายชั้น บริเวณที่พบบ่อยมักเป็นบริเวณที่มีปุ่มยื่นของกระดูก เช่น ก้นกบ หัวสะโพก กระดูกเข่า ศอก สันเท้า แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญ ถ้าเกิดแผลกดทับขึ้นอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเรื้อรัง ติดเชื้อในกระแสเลือด การสูญเสียโปรตีนและน้ำ กระดูกพรุนอักเสบ และเกิดพังผืดในเนื้อเยื่อจากการอักเสบเป็นเวลานาน และมีการติดเชื้อด้วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วย ต้องอยู่โรงพยาบาลนานออกไป ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (สุปราณี วศินอมร 2531:153) เคยมีผู้คำนวณว่าเงินที่ต้องเสียไปในการรักษาแผลกดทับนั้นแพงมาก เคยมีรายงานว่าถึง 15,000 ดอลลาร์ ส่วนราคาความเสียหายด้านจิตใจนั้น ประมาณค่ามิได้ (อารีจิตต์ นวลศรี 2525:413)

3.2 กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง (Muscle atrophy and contracture) การที่กล้ามเนื้อและข้อจะทำงานหรือเคลื่อนไหวได้ตามปกติ จะต้องมีการยืดหดทุกวัน ถ้าไม่มีการยืดหดหรือเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อจะอ่อนแอลีบไป และสั้นเข้า ข้อก็จะแข็งและเคลื่อนไหวไม่ได้ เกิดความพิการอย่างถาวร ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนเฉยๆ นานๆ จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ข้อตื้อ ติดแข็งผิดรูปร่างได้ การไหลเวียนของโลหิตไม่ดีเหมือนปกติ ถ้าข้อติดแข็งมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง (สมคิด รักษาสิทธิ์ 2520:20)

3.3 อาการปวดไหล่ (Shoulder pain) พบค่อนข้างบ่อย ข้อไหล่ติดแข็งทำให้ปวดมากแต่สามารถป้องกันได้จาก การเริ่มทำกายภาพบำบัด ตั้งแต่ระยะแรก

3.4 ข้อเท้าตก (foot drop) เป็นลักษณะที่ฝ่าเท้างุ่มลงจากเท้าไม่ได้เคลื่อนไหว การยืดและการหดตัวของกล้ามเนื้อบางมัดไม่ประสานกัน กล่าวคือส่วนหนึ่งยึดตัวทำให้เกิดปลายเท้าตก (พิรุณ รัตนวิเศษ 2527:471)

3.5 การติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory tract infection) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองคือ ปอดอักเสบ ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดมีหลายประการ เช่น การสำลัก การอาเจียน เนื่องจากสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืนไม่สามารถทำงานได้ดี เช่นเดิม ประกอบกับผู้ป่วยต้องนอนกับเตียงทำเตียงเป็นเวลานาน ๆ ตลอดจนการเคลื่อนไหวของทรวงอกและปอดในข้างเดียวกับที่เป็นอัมพาต จะเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าข้างปกติ ทำให้การขยายตัวของปอดได้ไม่เต็มที่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถไอเองได้ดี หรือรีเฟล็กซ์ของการไอเสียไปเนื่องจากพยาธิสภาพ ยังทำให้มีการสะสมของน้ำเมือกในหลอดลมได้ง่ายขึ้น เมื่อมีน้ำเมือกมากเกินไปจะเป็นตัวกลางอย่างดีในการเจริญเติบโตของแบคทีเรียทำให้เกิดปอดอักเสบตามมา (อรัญญา เชาวลิต 2528:91)

3.6 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ผู้ป่วยที่นอนอยู่นาน ๆ หรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย มักจะถ่ายปัสสาวะลำบาก ทำให้มีน้ำปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะก็จะยืดขยายมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะถูกยึดชั่วคราวระยะหนึ่ง ซึ่งจะลดความรู้สึกของการที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม ผู้ป่วยจึงไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะต่างๆ ที่ควรจะรู้สึก เมื่อความดันจากการมีจำนวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น จะเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะก็จะไหลออกมา ซึ่งจากการศึกษาของแมคลีนและคณะ (Maclean, et. al 1991:561) เรื่องความต้องการบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติพบว่า การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด เมื่อกระเพาะปัสสาวะถูกยึดบ่อยๆ จนเลือดที่มาเลี้ยงไม่พอก็จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (อรัญญา เชาวลิต 2528:93)

3.7 นิ่วในทางเดินปัสสาวะ (Urinary stones) เกิดจากการนอนนานๆ ทำให้มีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูกเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะและเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ (พิรุณ รัตนวณิช 2527:472)

3.8 ท้องผูก (Constipation) ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงนานๆ โดยไม่มีการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อย ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย (พิรุณ รัตนวณิช 2527:472)

3.9 เส้นเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของขาหรือขาอยู่ในท่างอ ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดดำได้ง่าย โดยเฉพาะในคนสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการบีบหลอดเลือดหย่อนตัว (พิรุณ รัตนวณิช 2527:472)

3.10 กระดูกโป่งบาง (Osteoporosis) เกิดได้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เดินหรือไม่ได้ลงน้ำหนักบนแขนและขา ต่อมากระดูกจะกร่อนบาง เนื่องจากการสลายตัวของเกลือแร่ เช่น แคลเซียม ฟอสฟอรัส ในกระดูก (พิรุณ รัตนวณิช 2527:472)

จากปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ญาติจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งการที่ญาติจะแสดงบทบาทการดูแลได้ดีนั้นต้องมีความรู้ก่อน ซึ่ง วรรณิกานันธะรักษา (2527:123-132) กล่าวว่าความรู้มีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับฟาบียี (Fabiyi 1985:154) และชวาท (Schwartz 1987:30) กล่าวว่า การเสริมสร้างความรู้จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอ สำหรับแนวคิดของไอเร็นนั้น ถือว่าการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองเป็นการดูแลตนเองด้วย ซึ่งการกระทำต้องอาศัยความรู้ที่มีหลักเกณฑ์และสอดคล้องกับองค์ประกอบของบุคคลทั้งสภาพสิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี เมื่อกระทำไปแล้วจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิภาพ

ตลอดจนความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล 2534:11) จากแนวคิดดังกล่าวทำให้เห็นว่า ความรู้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วย และความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การพยากรณ์โรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากความรู้ในเรื่องดังกล่าวแล้ว ญาติต้องมีความรู้เฉพาะ ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมลดลง ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ การให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากญาติ การฟื้นฟูจากโรคจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Friedman MM 1986:7)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยโรคนี้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือของญาติ หลักสำคัญในการช่วยเหลือคือ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเองให้มากที่สุด ญาติช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระต่อญาติมากนัก (มยุรี เพชรอักษร 2529:24) การดูแลกิจวัตรประจำวันมีดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร

ความสามารถที่จะไอและการทำให้ทางเดินหายใจโล่ง เป็นสิ่งสำคัญและปลอดภัย ระหว่างการรับประทานอาหารผู้ป่วยต้องสามารถกลืนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเลี่ยงการสำลัก ในขั้นต้นอาจต้องช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร แต่ควรเริ่มด้วยตนเองทันทีที่เป็นไปได้ ซึ่งอาจจะทำซ้ำหลายครั้งจนกว่า

จะทำให้ด้วยตนเองได้ดี การบ้วนอาหาร ควรบ้วนทางปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ และกลืนได้ง่าย (Frye - Pierson & Toole 1987:85)

1.2 การดูแลความสะอาดของร่างกาย

ผู้ป่วยบางรายสามารถช่วยตัวเอง เช็ดตัวขณะอยู่บนเตียงได้ เริ่มจากล้างหน้า ล้างมือ แปรงฟัน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปห้องน้ำได้ อาจใช้เก้าอี้สำหรับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยสามารถไปห้องน้ำได้ อาจช่วยโดยการทาบราวเกาะเพื่อช่วยในการเดิน (Frye-Pierson & Toole 1987:87) ในรายที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้ ญาติช่วยดูแลทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด ต้องล้างสบู่ออกให้หมด ซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม ๆ (อัจฉรา สุคนธสรณ์ 2532:117)

1.3 การแต่งกาย

การสวมเสื้อผ้าเองควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยสามารถนั่งบนเก้าอี้หรือรถเข็น การเลือกเสื้อผ้าเป็นสิ่งสำคัญ ควรเลือกเสื้อผ้าสวมสบาย หลวม ๆ มีกระดุมหน้า ประเภทเสื้อเชิ้ตจะสะดวกที่สุด (Frye-Pierson & Toole 1987:87-88)

1.4 การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ

ถ้าผู้ป่วยลุกได้ ให้ลุกเดิน และถ่ายอุจจาระปัสสาวะทำนั่งเพื่อเพิ่มความดันในช่องท้อง เพื่อช่วยในการขับถ่าย ให้การดูแลเรื่องอาหารและการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันท้องผูก (Frye-Pierson & Toole 1987:173-174) ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไปในเรื่องการป้องกันท้องผูก

2. การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.1 การดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ

การระคายเคืองผิวหนังเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยอัมพาตถ้าดูแลไม่ถูกต้อง วิธีป้องกันแผลกดทับอันดับแรกที่สำคัญมากก็คือ ต้องมีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ ไม่ให้มีการกดทับที่ใดที่หนึ่งนานเกิน 2 ชั่วโมง สำหรับร่างกายด้านที่อ่อนแรงไม่ควรนอนตะแคงทับนานกว่า 30 นาที ควรจัดให้นอนคว่ำในเวลากลางคืน เนื่องจากทำนี้เป็นท่าที่ผู้ป่วยสามารถนอนติดต่อกันได้นานถึง 8 ชั่วโมง (อัจฉรา สุคนธสรณ์ 2532:96) หมั่นตรวจดูปุ่ม

กระดูกต่างๆ ที่จะเกิดแผลได้ง่ายว่ามีรอยแดงหรือไม่ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตด้วย การนวดคลึงเบาๆ ไว้บ่อยๆ ก็จะเป็นการป้องกันได้วิธีหนึ่ง (มานพ ประภาษานนท์ 2530:76)

การดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังและที่นอนให้แห้งอยู่เสมอก็ช่วยได้อีกส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะที่นอนควรจะเป็นที่นอนที่นุ่ม สามารถกระจายน้ำหนักตัวผู้ป่วยไปได้ทั่วๆ ไม่กดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งมาก ที่นอนที่ดีควรจะเรียบไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ ควรหาเบาะรองน้ำนึ่ม ๆ มารองที่นอนไว้อีกชั้นหนึ่ง (มานพ ประภาษานนท์ 2530:76) เพื่อให้น้ำหนักผู้ป่วยกระจายไปหลายจุด และพองน้ำจะช่วยลดแรงกดของที่นอนกับผิวหนังได้มาก (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:44)

2.2 การป้องกันข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ

ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบเป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ การจัดท่านอนผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ต้องจัดให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตกางออกและไหล่หมุนออกป้องกันไหล่ติด ปลายแขนต้องอยู่สูงกว่าต้นแขนเพื่อป้องกันอาการบวม จัดให้ขาข้างที่เป็นอัมพาตอยู่ในท่าที่ไม่บิดเกร็งและให้เท้าท่ามุมฉากกับขา (พาริดา อิบราฮิม 2521:154) การออกกำลังกายบริหารแขนขาเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อติดแข็ง การออกกำลังกายมี 2 แบบคือ แบบที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเองกับแบบที่ผู้อื่นช่วยทำให้ผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยอัมพาตเราจะช่วยออกกำลังกายแบบที่ 2 ให้ผู้ป่วย วิธีการก็คือเคลื่อนไหวข้อต่อข้างที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วยให้ครบทุกข้อ การเคลื่อนไหวจะต้องเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวของแต่ละข้อ และเคลื่อนไปในทุกทิศทางที่ข้อนั้นทำได้ ควรบริหารข้อต่างๆ ของผู้ป่วยวันละ 4 ครั้ง (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:74) ส่วนการออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเองนั้น ก็ต้องให้ผู้ป่วยทำด้วย โดยใช้แขนขาข้างที่ดีหรือกล้ามเนื้อส่วนที่อยู่อกกำลังอยู่เสมอ น้ำหนักมาช่วยยกเพิ่มขึ้นก็ได้ การที่แขนขาข้างดีมีกำลังมากขึ้นมีผลดีเพราะบางครั้งที่อัมพาตไม่ฟื้นตัวดีขึ้น ก็จำเป็นต้องใช้แขนขาข้างที่ดีนี้ช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ควรป้องกันปลายเท้าตกโดยใช้กระดานหรือหมอนดันปลายเท้าให้ตั้งฉากอยู่เสมอ เมื่อผู้ป่วยนอนหงายควรกระตุ้นให้ขยับปลายเท้าและกระดิกนิ้วเท้าบ่อยๆ ทั้งข้างซ้ายและขวา (พิรุณ รัตนวณิช 2527:474) ในผู้ป่วยอัมพาตที่อาการคงที่

แล้วควรเริ่มหัดให้ผู้ป่วยลุกนั่งบ้าง เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตในแนวตั้งได้ทำงานบ้าง เพราะผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ พอลุกขึ้นนั่งมักจะเวียนศีรษะหน้ามืด เนื่องจากร่างกายปรับตัวไม่ทันเลือดไปเลี้ยงสมองน้อย จึงต้องเริ่มหัดนั่งจากท่านั่งเอนหลังแล้วค่อยๆ เพิ่มองศาขึ้นมาเรื่อยๆ จนนั่งได้ตรงโดยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ให้ผู้ป่วยได้ใช้มือลงน้ำหนักบ้างก็จะช่วยกระตุ้นประสาทรับสัมผัสไปด้วย (มานพ ประภาษานนท์ 2530:748) เมื่อหัดนั่งแล้วก่อนจะหัดเดินจะต้องหัดยืนตรง และทรงตัวให้ได้เสียก่อน การหัดยืนอาจจะเริ่มที่เตียง การยืนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนดีขึ้น มีความรู้สึกมีกำลังใจว่าตนเองสามารถฟื้นคืนสู่สภาพที่จะช่วยตนเองได้มากที่สุด เมื่อผู้ป่วยยืนได้แล้วต้องประเมินว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพยุงอะไรเป็นพิเศษบ้างที่จำเป็น ถ้าปลายเท้าตกหรือขาลากอาจต้องใช้เครื่องพยุงขาชนิดสั้น (Short leg brace) ซึ่งมีสปริงเพื่อป้องกันฝ่าเท้าบิด ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียอาจจะใช้ไม้เท้ายัน (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:67)

2.3 การป้องกันการติดเชื้อการเดินหายใจ

ควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง หมั่นขจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจออกให้หมด ถ้าผู้ป่วยสามารถไอและหายใจเข้าออกลึกๆ ได้ ต้องกระตุ้นให้ไอเพื่อขับเสมหะออก โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าให้เต็มที่แล้วหยุดกั้นไว้สักครู่แล้วไอออกมาแรงๆ ให้ทำบ่อยๆ ช่วยเคาะปอดก่อนให้อาหารทุกมื้อและก่อนนอน จะช่วยลดการสะสมของน้ำเมือกและเสมหะในหลอดลมในผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้ ควรจัดให้นอนในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้เสมหะในปากและคอไหลออก ป้องกันการสำลักลงในปอดในรายที่รีเฟล็กซ์การไอและการกลืนเสียไป ตลอดจนพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พยุงนั่ง พยุงเดิน พลิกตัวและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง จะช่วยให้ น้ำเมือกซึ่งหลั่งออกมาจากเซลล์ในปอดมีการเคลื่อนที่ ไม่ขังอยู่ส่วนใดส่วนหนึ่งของหลอดลมมากเกินไป ควรดูแลรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟันแก่ผู้ป่วยเพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคในช่องปาก (อริญญา เขาวลิต 2528:92) ป้องกันมิให้ปากและเยื่อบุปากแห้ง เพราะอาจเกิดการแตกเป็นแผลเป็นทางเข้าของเชื้อโรคได้ง่าย ถ้ามีเสมหะมากใช้ลูกสูบยางแดงดูดเอาเสมหะออก ดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซี.ซี จะช่วยให้ น้ำเมือกใน

ปอด ไม่เหนียวข้นเกินไป ทำให้ขับออกได้ง่ายขึ้น ขณะให้อาหารควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งศีรษะสูง เพื่อไม่ให้อาหารและน้ำตกลงไปในหลอดลมได้ง่าย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำช้า ๆ อาหารควรจัดให้ง่ายต่อการกลืนและเคี้ยว การบดอาหารให้บดตำที่ผู้ป่วยเคี้ยวได้สะดวก ป้องกันการสำลัก (Frye-Pierson & Toole 1987:85)

2.4 การป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้ป่วยโรคนิ่วมักปัสสาวะไม่ออกและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สิ่งที่น่าวิตกกังวลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้กระเพาะปัสสาวะเคลื่อนไหวด้วย ปัสสาวะไม่คั่งค้าง (อริยญา เชาวลิต 2528:93) ในผู้ป่วยที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามปัสสาวะออกเองก่อนด้วยวิธีต่างๆ เช่น ใช้มือคลึงหน้าท้องเหนือหัวหน้าเบาๆ อาจกระตุ้นโดยการชำระอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น ถ้ายังปัสสาวะไม่ออก ให้สวนทิ้งเป็นครั้งคราวไปอย่างถูกวิธี หลังขับถ่ายทุกครั้งต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาด ซับให้แห้ง ลดการหมักหมมของเชื้อโรคบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่อาจเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะได้ ในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ้าในผู้ชายอาจใช้ถุงยางอนามัยหุ้มองคชาตแทน ส่วนในผู้หญิงอาจใช้ผ้าอนามัยรองซับปัสสาวะหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อยๆ ยอมให้ปัสสาวะราดดีกว่าใส่สายสวนคาไว้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:47) การสวนปัสสาวะคาไว้ควรเป็นวิธีสุดท้ายที่จะใช้ ถ้าจำเป็นต้องสวนคาไว้ ต้องดูแลให้เป็นระบบปิดตลอดเวลาป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้อโรคภายนอกทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และตรงรอบรูเปิดของท่อปัสสาวะวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็นและหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ดูแลให้ถุงรองซับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับเอวตลอดเวลา ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 ซี.ซี (Frye-Pierson & Toole 1987: 173-174) เพื่อช่วยให้การกลั่นกรองปัสสาวะของไตเป็นไปตามปกติและช่วยลดความเข้มข้นของปัสสาวะ ป้องกันมิให้ปัสสาวะตกตะกอนและมีการจับตัวของแคลเซียม ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะตามมา

2.5 การป้องกันการเกิดนิวทางเดินปัสสาวะ

อาการและอาการแสดงของการเกิดนี้วได้แก่ ปัสสาวะมีเลือดปน บวคบริเวณหัวเหน่ากระเพาะปัสสาวะหรือบวคเอว การป้องกันการเกิดนี้วทำได้โดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 ซี.ซี. จำกัดอาหารที่มีแคลเซียมสูงให้อาหารที่จะช่วยลดความเป็นด่างและเพิ่มความเป็นกรดของปัสสาวะ เช่น อาหารจำพวกโปรตีน จะช่วยให้แคลเซียมละลายและไม่จับตัวเป็นก้อนในปัสสาวะ ช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว (Frye-Pierson & Toole 1987: 170)

2.6 การป้องกันท้องผูก

การป้องกันท้องผูกทำได้โดยเพิ่มการกระตุ้นลำไส้ให้มีการเคลื่อนไหว โดยรับประทานอาหารที่มีกากมาก เช่น ผัก ผลไม้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 2.5 ถึง 3 ลิตรต่อวัน หากไม่มีข้อห้าม การดื่มน้ำจะทำให้อุจจาระอ่อนตัวและเคลื่อนสู่ลำไส้ใหญ่ได้ดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว เช่น เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ ฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง จะช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงดันในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวและผลักดันอุจจาระออกมาได้ แนะนำให้ฝึกหัดถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ควรให้ผู้ป่วยพยายามอุจจาระเอง แต่ถ้าถ่ายเองไม่ได้ อาจให้ยาเหน็บทวารหนัก สวนอุจจาระหรือให้ยาระบายเป็นรายๆ ไป (Frye-Pierson & Toole 1987: 172-174)

2.7 การป้องกันภาวะกระดูกโปร่งบาง (Osteoporosis)

เมื่อกระดูกไม่มีการเคลื่อนไหว หรือไม่ได้ถูกใช้งานแคลเซียมก็จะลดน้อยลง โดยถูกนำไปสู่ระบบอื่น กระดูกเกิดการกร่อนทำให้กระดูกหักได้ง่าย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืน เดิน และทำวแบนโดยลงน้ำหนักบนแขนขา 2 ข้าง

2.8 การป้องกันเส้นเลือดอุดตัน

ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวแขนขาไม่ได้หรือได้น้อย ควรจัดท่านอนให้ถูกวิธีไม่ให้งอขา หรือเอาหมอนหนุนใต้เข่าบ่อยๆ ตลอดเวลา ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขนขาบ่อยๆ ไม่ให้นอนท่าเดียวนานๆ ซึ่งเป็นการป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดได้

3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปีพบได้ประมาณร้อยละ 15 (อคุลย์ วิริยเวชกุลและนิพนธ์ พวงวรินทร์ 2527:138) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีดังนี้

3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคเหล่านี้ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรค

3.2 การจัดอาหารให้เหมาะสม ควรจัดอาหารที่มีคุณค่าสูง โดยเฉพาะ โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ต่างๆ ควบถ้วน ลดอาหารแป้ง น้ำตาล ไขมัน การปรุงอาหารให้ใช้ไขมันจากพืชแทนไขมันจากสัตว์ เพราะไขมันจากสัตว์มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้มีโอกาสเกิดการสะสมของโคเลสเตอรอลในหลอดเลือดเกิดการอุดตันได้ งดการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแข็ง งดการดื่มสุราซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดในสมองแตกได้

3.3 สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อาการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้แก่ ซึมลง สับสน บวคศีรษะมาก ขาแขนขา แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 การพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยต้องมาติดต่อกับโรงพยาบาลตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หรือถ้าไม่สะดวกอาจติดต่อกับแพทย์หรือสถานอนามัยใกล้เคียง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. การดูแลด้านจิตใจ

ผู้ป่วยบางคนอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่เกิดพยาธิสภาพ และบุคลิกภาพของผู้ป่วยก่อนจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติเหล่านี้อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับท่าทีของบุคคลรอบข้างผู้ป่วย หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ผู้ป่วยอาจมีระยะเวลาที่สับสน เมื่อผู้ป่วยสับสนร่วมกับประสาทสัมผัสการรับรู้และสติปัญญาเสื่อมลงจากพยาธิสภาพในสมอง ทำให้บิดเบือนสิ่งที่มากระตุ้นจึงตอบสนองออกมาไม่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล 2526:79-80) นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านจิตใจหลาย ๆ อย่างดังที่กล่าวไว้ในส่วนต้นแล้ว จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่จะต้องทราบบทบาทในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยดังนี้

1. ให้กำลังใจผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมอง ญาติต้องเข้าใจ ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือเบียดเบียนผู้ป่วย ชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จ เพื่อเพิ่มกำลังใจในการทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไป

2. พยายามคาดคะเนความต้องการของผู้ป่วย และให้การตอบสนองเพื่อที่จะลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

3. กระตุ้นผู้ป่วยให้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ใหม่ และให้ผู้ป่วยกระทำในกิจกรรมสั้นๆ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด

4. บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่และบุคคลให้ผู้ป่วยได้ทราบบ่อยๆ การบอกซ้ำซากเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยมีความลำบากที่จะนำสิ่งที่เรียนรู้จากสถานการณ์หนึ่ง ไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

5. ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอและจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้เท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

บทบาทการดูแลด้านจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น Meryl Clark ได้เล่าประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองของเธอน่า ใน 2 ปีแรก เธอรู้สึกซึมเศร้าและสิ้นหวัง แต่โรคคือที่

ครอบครัวของเธอได้ให้ความรัก การช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจเธอ
 ทุกๆ ด้านซึ่งช่วยให้เธอมีความเชื่อมั่นขึ้น และสามารถปรับปรุงรูปแบบวิถีชีวิต
 ใหม่ของเธอได้ (Mycro, F. 1986:29-30)

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้าน
 ทางด้านร่างกายและจิตใจหลายประการ ซึ่งญาติมีบทบาทโดยตรงในการดูแล
 ผู้ป่วย และบทบาทในการดูแลแต่ละเรื่องๆ นั้น มีรายละเอียดหลายอย่าง ซึ่ง
 ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้สูงสุด
 ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพ

ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง

การที่ญาติจะดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
 ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอ เร็ม ได้กล่าวถึงเรื่องความรู้ว่า เป็นส่วนหนึ่งที่จะ
 ทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ที่พึ่งพาตนเอง (จินตนา
 ยูนีพันธ์ 2529:134) การมีความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เป็น
 ประโยชน์เพียงใดนั้น บ่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลกล่าวคือ แยกต่างกันตาม
 อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบส่วนบุคคล
 เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้และความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม
 ของบุคคล (สุโข เจริญสุข 2517:711)

ปัจจัยทางด้านอายุ

อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย
 การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกันในระดับ
 พัฒนาการตามอายุ และเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด
 (Orem 1985:166) นักจิตวิทยาพบว่าเมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสามารถในการ
 การเรียนจะลดลง แต่ความสามารถด้านอื่นจะเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้

จะลดลงเรื่อยๆ (สุชา จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม 2528:196) จากการศึกษาของประณีต ส่องวัฒนาและวัลยา คูโรปกรณ์พงศ์ (2531:51) เรื่อง ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มอายุ 26-35 ปี มีความรู้มากกว่ากลุ่มอายุ 36-60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา บุรี (2529:67) เรื่องความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดวัด โศกสมานคุณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า จะมีความรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529:75) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันตามอายุ

ปัจจัยทางด้านอาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยจากการศึกษาของฉวีวรรณ อารยาพันธ์ (2524:44) เรื่องการศึกษาพฤติกรรมหันตสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่องปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครูภาคใต้ พบว่าอาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่องวัฒนา และวัลยา คูโรปกรณ์พงศ์ (2531) เรื่องความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าประชาชนที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน มีความรู้ ทัศนคติต่อโรคและการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีดีกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ

ปัจจัยทางด้านการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985:175) การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ การใช้เหตุผล การรับรู้ และความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน จรรยา สุวรรณทัต (2527: 838-842) กล่าวว่า คนที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสการในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการักษ์รักษา (2527:123-132) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายในภายนอก ของคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติคนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ และเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่องวัฒนา และวิลยา คูโรปกรณพงศ์ (2531:51) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความรู้มากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

ปัจจัยทางด้านรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ

รายได้ของบุคคลจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีรายได้น้อยหรือฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:179) ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดี กลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งเหล่านี้ (Pender 1987:198) จากการศึกษาของ

ประณีต ส่งวัฒนา และวัลยา คุโรปรณ์พงศ์ (2531:51) เรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บีของประชาชนที่มา รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าบุคคลที่มีฐานะ ทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีความรู้มากกว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529:75) เรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่างกัน

ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแล ตนเองในด้านต่างๆ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล ประสบการณ์ ที่บุคคลได้ติดต่อกับสังคมและบุคคลอื่นจะทำให้มีการเรียนรู้มากขึ้น และการมี ประสบการณ์มาก่อนทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ (Pender 1987:195) ความรู้ เดิมเรื่องประสบการณ์เดิมที่บุคคลสะสมไว้ย่อมสามารถนำมาคิดแปลงให้เหมาะสม กับการแก้ไขปัญหาอันใหม่ได้ (สมบูรณ์ พรรณาภพ 2518:209-211) การมี ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สามารถหาความรู้เกี่ยวกับโรค และแหล่งให้บริการในด้านต่างๆ ได้ (Orem 1985:263) ซึ่งขัดแย้งกับการ วิจัยของกอบแก้ว (2527:95) เรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอ ในการ รักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์เป็นวัณโรคปอด ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ครอบครัว เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกแก่ ละคน (ชุตตา จิตพิทักษ์ 2528:102) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ จะมีความ ผูกพันลึกซึ้งต่างกัน คู่สมรส เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

ความสัมพันธ์ของคู่สมรสจะออกมาในรูปความใกล้ชิดสนิทสนม ร่วมทุกข์ร่วมสุข ทั้งพาอาศัยกันเป็นพื้นฐาน เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย อีกฝ่ายหนึ่งจะช่วยดูแล รับผิดชอบ ในบทบาทของอีกฝ่ายหนึ่ง ส่วนความสัมพันธ์ทางสายโลหิตนั้น ลักษณะครอบครัวไทยมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น พ่อ แม่ ลูก ตลอดจนหลาน มีความผูกพันกันติดต่อเย็บเยียนกันอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม้จะมีความผูกพันกับลูกมากกว่าบุคคลอื่น พ่อแม่แทบทุกคนจะยอมสละความสุขส่วนตัวเพื่อให้ลูกๆ ทุกคนมีความสุขเท่าที่จะเป็นไปได้ (จำเรียง กุระมะสุวรรณ 2521:86) ส่วนเครือญาติอื่นๆ แม้จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันแต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรงทางสายโลหิต ความรักใคร่ผูกพันต่างๆ มักน้อยกว่าบุตรหรือคู่สมรส

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง นอกจากเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังที่ทบทวนมา ซึ่งปัจจัยบางประการในเรื่อง อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ มีอิทธิพลต่อความรู้ของผู้ป่วยในโรคบางโรค จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ปัจจัยบางประการดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยบางประการเกี่ยวกับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงระยะเวลา 7 เดือน (ธันวาคม 2534-มิถุนายน 2535) โดยศึกษาญาติ 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 56 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่อาศัยในบ้านเดียวกัน เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ และเพื่อน ถ้ามีหลายคน จะถือเอาญาติที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยกลุ่มญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจเอง

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. เป็นผู้ที่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบปลายเปิด และแบบให้เลือกตอบ มีคำถามรวม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับ

การศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสิทธิผลการในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของญาติในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา การพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคำถามรวม 20 ข้อ การตอบแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด ไม่ทราบ และมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0-1 คะแนนในแต่ละคำถาม

การแปลผลของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 20 ข้อเข้าด้วยกัน แบ่งเป็น 3 ช่วง 3 ระดับคือ

- 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย
- 8-14 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
- 15-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดผลจากการนอนนานๆ การป้องกันข้อติดแข็ง การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันท้องผูก การดูแลการให้อาหาร การดูแลด้านจิตใจ และการหาผู้ป่วยมาพบแพทย์ มีคำถามรวม 20 ข้อ การตอบในแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด ไม่ทราบ และมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0-1 คะแนน ในแต่ละข้อคำถาม

การแปลผลของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 20 ข้อเข้าด้วยกัน แบ่งเป็น 3 ช่วง 3 ระดับคือ

- 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย
- 8-14 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
- 15-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อกลุ่มผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ทางศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลทางอายุรกรรม 3 ท่าน

พยาบาลซึ่งเคยปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คะแนนที่ได้นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง = 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2534 ถึงเดือนมิถุนายน 2535 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย กรณีที่ญาติเคยตอบแบบสอบถามแล้วและผู้ป่วยมาอนในโรงพยาบาลใหม่ในช่วงของการเก็บข้อมูล ถ้าญาติคนเดิมเป็นคนดูแลผู้ป่วยจะไม่เก็บข้อมูลซ้ำ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ภายหลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการคงที่ (มีสัญญาณประสาท และสัญญาณชีพคงที่ หายใจเองได้ดี ไม่อยู่ในระยะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง ในบางรายอาจนานกว่านี้) ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกันเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. เมื่อญาติยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายถึงวิธีการทำ
4. ให้ญาติตอบสอบถามด้วยตนเอง ถ้าญาติสงสัยหรือมีปัญหาให้ซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามกับผู้วิจัยได้
5. ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านคำถามและตัวเลือกต่าง ๆ และเมื่อญาติเลือกคำตอบแล้ว ผู้วิจัยจึงทำเครื่องหมายตรงคำตอบที่ญาติผู้ป่วยเลือก
6. เมื่อญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ตรงตามต้องการแล้ว ทำการตรวจให้คะแนนลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องสมองกล(Computer) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statitistical Package for the Social Science) และในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติของการวิจัยครั้งนี้ ใช้ความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ช่วงคะแนนและระดับความรู้ของญาติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา เสนอผลเป็นตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีคุณลักษณะส่วนบุคคล และความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทีละคู่ ด้วยวิธีผลต่างน้อยที่สุดที่มีนัยสำคัญ (Least Significant Different Method, LSD)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 7 เดือนระหว่างเดือนธันวาคม 2534 - มิถุนายน 2535 จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 56 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
18-25 ปี	12	21.40
26-45 ปี	25	44.60
มากกว่า 45 ปี	19	34.00
เพศ		
ชาย	13	23.20
หญิง	43	76.80
สถานภาพสมรส		
โสด	14	25.00
คู่	41	73.20
หม้าย	1	1.80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
กำลังศึกษา	1	1.80
รับราชการ	9	16.10
เกษตรกรกรรม,ค้าขาย,	33	58.90
รับจ้าง	13	23.20
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	25	44.60
มัธยมศึกษา	16	28.60
สูงกว่ามัธยม	15	26.80
รายได้		
ต่ำกว่า 4,000 บาท	26	46.40
4,000-7,000 บาท	10	17.90
มากกว่า 7,000 บาท	20	35.70
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามีหรือภรรยา	18	32.10
บุตร	26	46.40
บิดาหรือมารดา	6	10.70
อื่น ๆ	6	10.70
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
มี	41	73.20
ไม่มี	15	26.80

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้
ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	4	7.10
ระดับปานกลาง	36	64.30
ระดับมาก	16	28.60

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้
ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์จากโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	1.80
ระดับปานกลาง	22	39.30
ระดับมาก	33	58.90

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของ
ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความรู้ของญาติในการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	
		\bar{X}	S.D.
อายุ			
18-25 ปี	12	15.08	2.7455
26-45 ปี	25	15.08	3.0403
มากกว่า 45 ปี	19	14.16	3.9618
อาชีพ			
กำลังศึกษา	1	11.00	0.0000
รับราชการ	9	16.44	2.7437
รับจ้าง	33	14.88	2.6072
ทำงานบ้าน	13	13.62	4.6822
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	25	13.72	3.5062
มัธยมศึกษา	16	16.31	2.1515
สูงกว่ามัธยมศึกษา	15	14.87	3.4614
รายได้			
ต่ำกว่า 4,000 บาท	26	14.08	3.6102
4,000-7,000 บาท	10	14.50	3.1710
มากกว่า 7,000 บาท	20	15.80	2.7834

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของ
 ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความรู้ของญาติในการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง \bar{X}	S.D.
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
สามีหรือภรรยา	18	13.89	3.9540
บุตร	25	15.38	2.6089
บิดาหรือมารดา	6	15.50	3.8859
อื่น ๆ	6	14.00	3.3466
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย			
มี	41	14.6	3.6430
ไม่มี	15	15.3	2.3135

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของ
ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามระดับความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	คะแนนความรู้ของญาติในการดูแล ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง \bar{X}	S.D.
ระดับน้อย	4	13.50	1.0000
ระดับปานกลาง	36	13.86	3.4900
ระดับมาก	16	17.13	1.7078

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรค
หลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล และความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรค
หลอดเลือดสมองแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ
ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	2	10.6992	5.3496	0.4828	0.6198
ภายในกลุ่ม	53	587.2830	11.0808		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ แตกต่างกัน 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	3	57.1678	19.0559	1.8323	0.1528
ภายในกลุ่ม	52	540.8143	10.4003		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

คู่ที่มีนัยสำคัญ

กลุ่มอาชีพ	\bar{X}	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
1. กำลังศึกษา	11.00		*		
2. รับราชการ	16.44				
3. รับจ้าง	14.88				
4. ทำงานบ้าน	13.62				

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากญาติที่กำลังศึกษาอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์แปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 3 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	2	65.7713	32.8857	3.2749	0.456*
ภายในกลุ่ม	53	532.2108	10.0417		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

คู่ที่มีนัยสำคัญ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13.31	*			
มัธยมศึกษา	16.31				
สูงกว่ามัธยมศึกษา	14.87				

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือคู่ที่ 1 และ 2 โดยญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สำหรับญาติที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน 3 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	2	34.4360	17.2180	1.9193	0.2077
ภายในกลุ่ม	53	563.5462	10.6329		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ
ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	3	30.5505	10.1835	0.9332	0.4318
ภายในกลุ่ม	52	567.4316	10.9121		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติ
ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน 2 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	1	5.0976	5.0976	.4643	.4985
ภายในกลุ่ม	54	592.8846	10.9793		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต
จากโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ในการดูแลแตกต่างกัน มีความแตกต่าง
กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน 3 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-ratio	P
ระหว่างกลุ่ม	2	124.9266	62.4633	6.9982	0.0020**
ภายในกลุ่ม	53	473.0556	8.9256		
รวมทั้งหมด	55	597.9821			

คู่ที่มีนัยสำคัญ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1. ระดับน้อย	13.50			
2. ระดับปานกลาง	13.86			
3. ระดับมาก	17.13	*	*	

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือคู่ที่ 1 กับคู่ที่ 3 และคู่ที่ 2 กับคู่ที่ 3 โดยญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมากมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและระดับน้อย

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน คุณสมบัติส่วนบุคคล ได้แก่

1. อายุ
2. อาชีพ
3. ระดับการศึกษา
4. รายได้
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทำให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

1. ปัจจัยด้านอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในเรื่องทำนองเดียวกันนี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยกเว้นโรคอื่นเช่น จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529:75) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมและสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของประณีต สังวัฒนา และวัลยา คุโรปกรณ์พงศ์ (2531:51) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มอายุ 26-30 ปี มีความรู้ในการป้องกันไวรัสตับ

อีกเสบมีมากกว่ากลุ่มอายุ 36-60 ปี และจากการศึกษาของทิพย์ภา บุรี (2529:67) เรื่องความรู้ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดวัด โลกสมานคุณ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า จากการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุระหว่าง 18-71 ปี กลุ่มอายุ 26-45 ปี มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 46.6 (ดังตารางที่ 1) เป็นลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กระจายเพียงพออีกประการหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับประสบการณ์จากการเห็นพยาบาล และญาติผู้ป่วยอื่นดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกันขณะมาเยี่ยม เกิดการเรียนรู้ทำให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้

2. ปัจจัยด้านอาชีพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) แต่ญาติที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกับญาติที่กำลังศึกษาอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการศึกษาของประณีต ส่องวัฒนา และวัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์ (2531:51) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาบางส่วน พอจะอธิบายได้ว่าญาติที่มีอาชีพรับราชการ มีอายุและประสบการณ์มากกว่าญาติที่กำลังศึกษาอยู่ อาจมีการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ มาก่อนทำให้มีความรู้มากกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะไม่กระจายเพียงพอ ญาติที่กำลังศึกษาอยู่มีร้อยละ 1.8 ญาติที่มีอาชีพรับราชการร้อยละ 16.10 (ดังตารางที่ 1) แต่ญาติที่มีอาชีพแตกต่างกัน (ยกเว้นอาชีพรับราชการและกำลังศึกษาอยู่) มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้เฉพาะที่

ไม่ได้สอนทั่วไป ยกเว้นผู้ที่มีอาชีพทางสาธารณสุข แต่เป็นเรื่องที่สามารถเรียนรู้กัน ได้โดยประสบการณ์

3. ปัจจัยทางด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สำหรับญาติที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527:123-132) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายใน ภายนอกของคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้นทำให้บุคคลมีโอกาสรับรู้และเข้าใจสุขภาพดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของนิศยา ภาสุนันท์ (2529:75) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความรู้ในการดูแลตนเองต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาบางส่วน พอจะอธิบายได้ว่า ความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้เฉพาะด้าน ซึ่งไม่ได้สอนในโรงเรียน แต่สามารถเรียนรู้กันได้ไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่ามัธยมศึกษา แต่การที่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง เช่นจากการมีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่า การมาเยี่ยมเยียนบ่อยๆ ซึ่งไม่ได้ควบคุมตัวแปรเหล่านี้

4. ปัจจัยด้านรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติที่มีรายได้แตกต่างกันมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

($P > 0.05$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และวัลยา คุโรปรณพงศ์ (2531:51) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีความรู้มากกว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และขัดแย้งกับการศึกษาของนิตยาภาสุนันท์ (2529:75) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้ในการดูแลตนเองต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พอจะอธิบายได้ว่า ญาติกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความรู้ในการดูแลจากแพทย์ พยาบาล หรือแหล่งความรู้อื่น ตลอดจนการเห็นพยาบาลหรือญาติผู้ป่วยอื่นดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกัน เกิดการเรียนรู้โดยเฉพาเมื่อญาติต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงจะเกิดความเอาใจใส่ สนใจการดูแลมากขึ้น ทำให้มีการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น

5. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ลักษณะความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น โดยเฉพาะครอบครัวไทย พ่อแม่ลูกมีความผูกพัน เมื่อเจ็บป่วยก็รับผิดชอบดูแลกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ เป็นบุตรของผู้ป่วยถึงร้อยละ 46.4 เป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 32.10 เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 10.7 และอื่นๆ เช่น ลูกจ้าง ร้อยละ 10.7 ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตและเป็นสามีภรณามากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งจะมีความผูกพันร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน การดูแลเอาใจใส่จะใกล้เคียงกัน และไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในรูปแบบใดก็สามารถมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน

6. ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

โอเรียม (Orem 1985:263) กล่าวว่า การมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพมีความสำคัญทำให้หาความรู้เกี่ยวกับโรค แหล่งให้บริการด้านต่างๆ ได้ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่า การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน ไม่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน ทั้งนี้พอจะอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มมีประสบการณ์ในการดูแลถึงร้อยละ 73.20 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กระจาย และถึงแม้ว่าญาติจะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอาจเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้พอๆ กัน

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทำให้ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน เพราะ

1. ลักษณะสังคมไทยมีความสัมพันธ์กันทางสังคมสูง มีการเยี่ยมเยียนดูแลกัน และการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถเรียนรู้กันได้
2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างไม่กระจายเพียงพอ เช่น อายุ การศึกษา

สมมติฐานที่ 2

ญาติผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกันจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐาน เมื่อญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว ย่อมทราบว่าโรคนั้นทำให้เกิดปัญหาอะไรบ้างและควรดูแลผู้ป่วยอย่างไร การมีความรู้เรื่องโรคดี จึงทำให้มีความรู้เรื่องการดูแลดีด้วย ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:30) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การรักษา การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ซึ่งการที่จะให้บุคคล เกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางปฏิบัตินั้นในด้านสุขศึกษาถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ หักสนคดี เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะทำให้บุคคล

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านปฏิบัติที่คงทนถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวอร์มี จันท์สว่าง และสุชาดา วิไชยคำมาตย์ (2528:46) เรื่องการศึกษาความรู้อัตนคติ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันแก่ทารกถึงวัยก่อนเรียน ในเขตจังหวัดสงขลาพบว่า มารดาที่มีความรู้เรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรค บุตรได้รับภูมิคุ้มกันครบมากกว่ามารดาที่ไม่มีความรู้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดด้านความตรงภายใน (Internal Validity)

ความไม่สม่ำเสมอในการเก็บข้อมูล คือกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอ่านหนังสือไม่ออก หรือมองไม่ชัดต้องอ่านให้ฟัง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งอาจเข้าใจไม่ตรงกับความหมายจริงก็ได้ ทำให้คำตอบคลาดเคลื่อนได้

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External Validity)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดได้ และได้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองอื่นได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษา ระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบ ระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน และมีระดับความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นญาติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือวางแผนในการดูแลที่อาศัยในบ้านเดียวกัน ถ้ามีหลายคนจะถือเอาญาติที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยกลุ่มญาติเป็นผู้ตัดสินใจเอง

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. เป็นผู้ที่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

โดยเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 7 เดือนตั้งแต่เดือนธันวาคม 2534 ถึงเดือนมิถุนายน 2535 จำนวน 56 ราย โดยศึกษาญาติ 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเก็บโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีคุณลักษณะส่วนบุคคล และความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทีละคู่ ด้วยวิธีผลต่างน้อยที่สุดที่มีนัยสำคัญ (Least Significant Different Method, LSD)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-45 ปี ร้อยละ 44.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.8 สถานภาพสมรสคู่ อาชีพอยู่ในกลุ่มเกษตรกร ค่าขาย และรับจ้าง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.6 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 73.2

2. ระดับความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับปานกลางร้อยละ 64.3 รองลงมาระดับมากร้อยละ 28.3 และมีความรู้ระดับน้อยร้อยละ 7.7

3. ระดับความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.9 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 39.3 และระดับน้อยร้อยละ 1.8

4. ญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเท่ากับ 17.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 13.86 และระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 13.5 ตามลำดับ

5. ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

6. ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

7. ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ

1. การนำไปใช้ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลการศึกษาพบว่า ญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จึงควรจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษาให้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ในการให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย สามารถจัดรวมกลุ่มของญาติผู้ป่วยได้ แม้จะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกันในเรื่องอายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

2.1 ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการติดตามประเมินการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเก็บข้อมูลเมื่อญาติพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินว่า เมื่อญาติมีความรู้แล้ว ได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องหรือไม่

2.2 ควรศึกษาถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการหาทางแก้ไขต่อไป

บรรณานุกรม

- กรรณิการิ กัณชะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจ
ภายในตนภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตน
เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
กองสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. กรุงเทพมหานคร :
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534
- กิตติ ลีมอภิชาติ. ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : สักดิโสภา
การพิมพ์, 2534.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา "Clinical epidemiology of cerebrovascular
disease" ใน Stroke, หน้า 3-33. จเร ผลประเสริฐ สุรัชย์
เคารพธรรม และ กัมมันต์ พันธุมจินดา, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร
: บริษัทเเยียร์บุคพับลิชเชอร์, 2530
- จเร ผลประเสริฐ. "โรคเส้นเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)"
ในประสาทศัลยศาสตร์, หน้า 79-96. จเร ผลประเสริฐ บรรณาธิการ.
กรุงเทพมหานคร : บริษัทเเยียร์บุคพับลิชเชอร์, 2528
- จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2529
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ. สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร
: อักษรไทย, 2521
- ฉวีวรรณ อารยาพันธ์. การศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่อง
ปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครูภาคใต้ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.
คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2524
- ชูดา จิตพิทักษ์. สังคมวิทยาและวัฒนธรรมไทยสำหรับนักศึกษาพยาบาล.
กรุงเทพมหานคร : สารมวลชน, 2523

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. การพยาบาลทางศัลยกรรมประสาท. สงขลา :
อัลลายด์เพรส, 2534

ทิพย์ภา บุรี. ความรู้กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัด
วัดโคกสมาณคุณ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. วิทยาลัยนิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้
เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ
ขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529

นิตยา สุทธยากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531

นิพนธ์ พวงวรินทร์. "โรคหลอดเลือดสมอง" ในภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์.
หน้า 305-322. จินตนา ศิรินาวัน สุมาลี นิมมานนิตย์ วันชัย วนะชีวานาวัน.
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : เอส.เอน.ส.เตชันเนอร์และการพิมพ์,
2532

นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร :
อรุณอมรินทร์, 2534

นันทนา น้ำฝน และสาวิตรี ล้อมชัยอรุณเรือง. รายงานวิจัยเรื่องความรู้ ทักษะคิด
และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และครอบครัวของประชาชนชนบท.
สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2530.

บุญสม วรณกนก. "หลักการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช" ใน
เวชศาสตร์ฟื้นฟู, หน้า 241-253. ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย,
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพาณิชย์, 2525

ประณีต ส่งวัฒนา และ วัลยา คูโรปกรณ์พงศ์. รายงานวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประชาชนที่มา รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2531

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : พีระพัทธนา, 2526

_____ . องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสาร การสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526

ประเสริฐ หลุยเจริญ. "โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน รายงานผู้ป่วย 3 ปี ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี". วารสารแพทย์ เขต 7, 10 (มกราคม 2534) : 60-63

พวงพยอม การภิญโญ. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการศึกษาและ วิจัยพยาบาล. 8 (มกราคม 2529) : 11-23

พวงรัตน์ บุญานุกรักษ์. การวางแผนการพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลแนว วิทยาศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยเกษม, 2523

พิรุณ รัตนวิชัย. "การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยเป็นเวลานาน" ใน การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เล่ม 1, หน้า 471-472 กองงานวิทยาลัยพยาบาล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2527

พาริดา อิบราฮิม. หลักการพยาบาลอายุรศาสตร์ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางระบบประสาท ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521

มยุรี เพชรอักษร. กิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. เชียงใหม่ : ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2526

- มานพ ประภาษานนท์. คุยเฟื่องเรื่องกายภาพบำบัด. กรุงเทพมหานคร.
บริษัทประชาช่าง, 2530
- ยวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526
- ระวิพรรณ วิฑูรพาณิชย์. "โรคหลอดเลือดสมอง" ใน ภาวะฉุกเฉินทาง
อายุรศาสตร์, หน้า 342-346. สันต์ หัตถิรัตน์ และ ประไพ
ส.บุรี, บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย,
2531
- วรวณี จันทร์สว่าง และสุชาดา วิไชยคำมาตย์. รายงานวิจัยเรื่องการศึกษา
ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันแก่
ทารกถึงวัยก่อนเรียนในเขตจังหวัดสงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
2528
- สนิท คัมภุณี และสุธิดา ปานเพ็ชร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท.
กรุงเทพมหานคร : อักษรพัฒนา, 2524.
- สมคิด รักษาสิทธิ์. Bed rest, Immobilization. ปัญหาทางการพยาบาล.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน" ใน
การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4, หน้า 53-59. สมจิต หนูเจริญกุล,
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สันประสิทธิ์การพิมพ์, 2526
- สมศักดิ์ เลียงจันทร์. "Stroke" ใน ปัญหาทางระบบประสาทที่พบบ่อย.
หน้า 79-96. หทัย ชิดานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร :
นำอักษรการพิมพ์, 2527.
- สุโข เจริญสุข. หลักจิตวิทยาและพัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2517
- สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์. ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก : ศึกษาเฉพาะ
มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530

- สุปราณี วาศินอร. การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิด และการปฏิบัติ.
 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และท่าปกเจริญผล, 2531
- อดุลย์ วิริยเวชกุล. อัมพาต-อัมพฤกษ์. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว
 การพิมพ์, 2532
- อดุลย์ วิริยเวชกุล และนิพนธ์ พวงวรินทร์. "การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือด
 สมองปัจจุบัน." ในอายุรศาสตร์ก้าวหน้า 2 หน้า 128-140.
 อดุลย์ วิริยเวชกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว
 การพิมพ์, 2527.
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. "Transient ischemic attack" ใน stroke.
 หน้า 183-187. จเร ผลประเสริฐ สุรัชย์ เคารพธรรม และ
 กัมมันต์ พันธุมจินดา, บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร : บริษัท
 เขียวบุคคัพลิเชอร์, 2530
- อริยญา เชาวลิต. การดูแลผู้ป่วยหมดสติ สงขลา : มหาวิทยาลัย
 สงขลานครินทร์, 2528
- อารีจิตต์ นวลศรี. "แผลกดทับ" ใน เวชศาสตร์ฟื้นฟู, หน้า 407-413
 ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร
 : สหประชาพานิชย์, 2525
- อัจฉรา สุคนธสรวรท์. การป้องกันและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
 เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532
- Bailard, Neomi R. "Nursing Role in Management stroke
 client" In Medical-Surgical nursing Assessment
 and Management of Clinical Problems, pp. 1445-1465.
 Lewis, Sharon Mantik and Collier Idolia Cox, Eds.
 New York : Mc Graw-Hill Book Company, 1983
- Beland, Irene L. & Passors, Joyce Y. Clinical Nursing
 pathophysiological and Psychosocial Approaches
 Fourth Edition New York : Macmillan publishing Co, Inc.
 1981

- Beyers, Marjoric & Dudas, Susan. The Clinical Practice of Medical-Surgical Nursing. Boston : Little Brown and Company, 1984
- Brunner, Lillian Sholtis & Suddarth, Doris Smith. Textbook of Medical-Surgical Nursing third edition. New York : J.B. Lippincott company, 1975
- Clifford Rose, F. Advance in Stroke therapy. New York : Raven Press, 1982
- Jalowie & Pown, MJ. Stress and coping in hypertensive and emergency room patient." Nursing Research 30 (January 1981) : 10-15
- Jay, P. Mohr, C. Miller Fisher & Raymond D, Adams "cerebrovascular disease" In Principle of internal Medicine. ninth Edition, pp.1911-1942. Harrison, Tinsley Landdolph, Eds. London : Mc Graw-Hill company, 1980
- Judith, Danchuk-Anderson. "Better off dead?" Canadian Nurse. 27 (June 1986) : 27-28
- Howard, A Rush. Rehabilitation Medicine. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1977
- Kamal A. A Colour attas of stroke : cerebrovascular disease and its management. Cham : w-s Cowell Ltd, 1987
- Fabiyi, A.K. The health knowledge of ninth grade students in Oyo state. Journal of School Health. 55 (April 1985) : 154-156

- Fletcher H., Mc.Dowell "Cerebrovascular Disease" In
Textbook of Medicine, thirteenth Edition, pp.
189-216 Paul B, Beeson & Walsh Mc. Bermott, Eds.
Philadelphia : W.B. Saunder company, 1971
- Folger, W.Neath "Epidemiology of cerebrovascular disease"
In Stroke rehabilitation, pp. 1-20 Murray,
E. Brand stater & John, V. Basmajian, Eds. Baltimore
: The Waverly Press, 1987
- Friedman, Marilyn M Family nursing : theorg and
assessment connecticut : Appleton-Century-
Crofts, 1986
- Frye-Pierson, Janice & F. Toole, James. Stroke : A guide
for patient and family. New York : Raven Press,
1987
- Lubic, Lowell G & Palkovitz Harry P.Stroke. Second
edition New York : Medical examination publishing
Co.inc, 1983
- Luckman, Joan & Sosenson, Karen Creason Medical-Surgical
Nursing A Psychophysiologic approach. Second
Edition.. Philadelphia : W.B. Saunders Company,
1980
- Martin, Nancy, B. Holt, Nancy & Hicks, Dorothy
Comprehensive Rehabilitation Nursing. New York :
McGraw-Hill Company, 1981
- Mc.Lean, J, Roper-Hall A, Mayer, P. & Main, A Service
needs of stroke survivors and their informal
carers. Journal of Advanced Nursing, 16
(May 1991) : 559-564

- Michael, Garraway & Jack P, Whisnant. "The changing Pattern of Hypertension and the Declining Incidence of stroke" JAMA 258 (July 1987) : 214-217
- Millikan, Clark H., Mc Dowell Flectohn, and Easton J. Donald Stroke Philadelphia : Lea & Febriger, 1987
- Milliken, Mary Elizabeth & Campbell Gene. Essential Competencies for Patient care. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1985
- Myco, F. "Stroke Patients : A new way of living" Nursing Time 23 (April 1986) : 24-30
- Orem, E. Dorothea. Nursing Concepts of practice. third Edition New York : McGraw-Hill book Company, 1985
- Osborne, Patricia A. "Cerebrovascular Disorders" In Medical-Surgical Nursing pathophysiological Concepts, pp.887-917 Patrick, Maxine L, Woods Susan L., Oraven, Ruth F., Rokosky, Joanne Schhaidt, & Bruno, M. Pauline, Eds. Philadelphia : J.B. Lippincott company, 1986
- Pender, J. Nala. Health promotion in nursing practice. second Edition California : Applenton & Large, 1987
- Ron, L. Evans, Duane S. Bishop, Anne-Leith, Motlock, Susan Stranahan, Eugen M, Halar and William C. Noonan "Prestroke family Interaction as a Predictor of stroke outcome" Arch Phys Med Rehabil. 68 (Augut 1987) : 508-511

- Ron L. Evans Duane S. Bishop, Anne-Leith, Matlock, Susan,
Stranahan, Gayle, Green Smith and Eugen M.Halar.
"Family-Interaction and Treatment Adherence after
Stroke" Arch Phys Med Rehabil. 68 (August 1987)
: 513-517
- Stollen, Jane Henry. The health aide Boston : Little
Brown and Company, 1972
- William B., Kannel, Philip A, Wolf, Joel, Verter and
Patricia, M.Mc.Namara Epidemiologic Assessment of
the Role of Blood Pressure in stroke" JAMA.
214 (October 1970) : 301-310

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามเรื่องความรู้ของญาติ
เกี่ยวกับ โรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....HN.....

อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

อาชีพ.....

ที่อยู่.....

รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่.....Admit ครั้งที่.....

Admit Ward.....

เคย Admit ด้วยเรื่อง.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

การวินิจฉัย.....

การผ่าตัด.....

อาการและอาการแสดง (วันที่ญาติตอบแบบสอบถาม).....

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต.....

แพทย์เจ้าของไข้.....

เลขที่แบบสอบถาม

1 2

แบบสอบถาม

[] []

เรื่อง

ความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรค

หลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง

หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

หรือ เติมคำในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

1. หญิง

3

2. ชาย

[]

2. อายุ.....ปี

4 5

[] []

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

5

3. หม้าย, หย่า, แยก

[]

4. ระดับการศึกษา
1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 2. มัธยมศึกษา
 3. สูงกว่ามัธยมศึกษา
 4. กำลังศึกษาชั้น.....
 5. อื่น ๆ ระบุ..... 7
- []
5. อาชีพ
1. กำลังศึกษา
 2. รับราชการ ระบุ.....
 3. เกษตรกรรม
 4. ค้าขาย
 5. รับจ้าง
 6. ทำงานบ้าน
 7. อื่น ๆ ระบุ..... 8
- []
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
1. ต่ำกว่า 4,000 บาท
 2. 4,000 - 7,000 บาท
 3. มากกว่า 7,000 บาท 9
- []
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1. สามีหรือภรรยา
 2. บุตร
 3. บิดาหรือมารดา
 4. อื่น ๆ ระบุ..... 10
- []

8. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่เคยได้รับความรู้
2. แพทย์
3. พยาบาล
4. ญาติมิตร
5. อื่น ๆ ระบุ..... 11

[]

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี

ถ้ามี เคยดูแลใครบ้าง.....ระยะเวลาในการดูแล.....

.....

..... 12

[]

10. บ้านที่ผู้ป่วยอยู่ มีคนอยู่.....คน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ให้ตรงกับคำตอบของท่าน

	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
ข้อ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรค				
1. อัมพาตเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน				13 []
ข้อ 2-7 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค				
2. ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาตมากที่สุด				14 []
3. เบาหวาน ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาต				15 []
4. อัมพาตอาจเกิดได้ง่ายในคนที่ เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว				16 []
5. ความอ้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอัมพาตได้				17 []
6. การสูบบุหรี่ ไม่เกี่ยวข้องกับ การเกิดอัมพาต				18 []
7. การดื่มเหล้ามากๆ ทำให้เกิดอัมพาตได้				19 []
ข้อ 8-10 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการ				
8. อาการซึม ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง เป็นอาการของผู้ป่วยอัมพาต				20 []
9. ผู้ป่วยอัมพาตบางคน อาจมีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย				21 []
10. ผู้ป่วยอัมพาตที่พูดไม่ได้ มักจะ เขียนไม่ได้ด้วย				22 []

	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
ข้อ 11-15 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรักษา				
11. ผู้ป่วยอัมพาตจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทุกคน				23 []
12. ผู้ป่วยอัมพาตสามารถรักษาให้หายได้ โดยให้หมอ บ้านบิบบวด				24 []
13. การรักษาผู้ป่วยอัมพาต มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ อาการทุเลา และมีความพิการน้อยที่สุด				25 []
14. ญาติไม่สามารถช่วยผู้ป่วยอัมพาต ในการฟื้นฟูสภาพ				26 []
15. ผู้ป่วยอัมพาตที่มีความพิการเหลืออยู่ ต้องใช้เวลา ในการฟื้นฟูสภาพนาน				27 []
ข้อ 16-20 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะ แทรกซ้อน				
16. ผู้ป่วยอัมพาตที่นอนท่าเดียว นาน ๆ จะทำให้เกิด แผลที่ผิวหนังได้				28 []
17. ผู้ป่วยอัมพาตที่แขนขาลีบ ข้อติดแข็ง เป็นผลจาก การได้รับอาหารไม่เพียงพอ				29 []
18. การสลักอาหารหรือเสมหะจากลำคอ ไม่ทำให้ เกิดปอดอักเสบ ในผู้ป่วยอัมพาต				30 []
19. อาการไข้ ปัสสาวะขุ่น กลิ่นเหม็น เป็นอาการ ของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ				31 []
20. ท้องผูกเกิดขึ้นได้ง่าย ในผู้ป่วยอัมพาตที่มีการ เคลื่อนไหวน้อย				32 []

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ให้ตรงกับคำตอบของท่าน

	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
ข้อ 1-4 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลจากการนอนนานๆ				
1. การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอัมพาตทุก 1-2 ชั่วโมง จะช่วยป้องกันการเกิดแผลจากการนอนนานๆ				33 []
2. ผู้ป่วยอัมพาตควรรอนหงายมากที่สุด ห้ามลุกจากเตียงโดยเด็ดขาด				34 []
3. การดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น จะช่วยป้องกันการเกิดแผลจากการนอนนานๆ				35 []
4. ควรจัดให้ผู้ป่วยอัมพาตนอนทับด้านที่อ่อนแรงบ่อยๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเมื่อย				36 []
ข้อ 5-6 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง				
5. การช่วยเหลือให้ข้อต่างๆ ของผู้ป่วยอัมพาตได้มีการเคลื่อนไหว จะช่วยป้องกันการเกิดข้อติดแข็งและแขนขาลีบได้				37 []
6. การช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาต ได้ออกกำลังกาย ควรเป็นหน้าที่ของพยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดเท่านั้น				38 []

	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
ข้อ 7-8 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ				
7. ไม่ควรให้ผู้ป่วยอัมพาตดื่มน้ำมากๆ เพราะจะทำให้ ยุ่งยากกับการขับถ่ายปัสสาวะ				39 []
8. ไม่ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยอัมพาต ด้วยสบู่ เพราะจะทำให้ระคายเคือง				40 []
ข้อ 9 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันท้องผูก				
9. การช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตได้เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ช่วยลดอาการท้องผูก				41 []
ข้อ 10-11 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ				
10. ผู้ป่วยอัมพาตที่มีเสมหะมาก ควรให้นอนตะแคง หน้า เพื่อป้องกันการสำลัก				42 []
11. ก่อนให้อาหารผู้ป่วยอัมพาตทุกครั้ง ควรจัดเสมหะ ออกจากคอให้หมด				43 []
ข้อ 12-15 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการให้อาหาร				
12. ผู้ป่วยอัมพาตที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดปากและฟันก่อน อาหาร				44 []
13. ในการปรุงอาหารให้ผู้ป่วยอัมพาต ควรใช้น้ำมัน จากสัตว์ เพื่อเพิ่มรสอาหาร				45 []

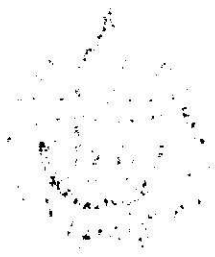
	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
14. การบ่อนอาหารให้ผู้ป่วยอัมพาต ควรบ่อนด้านที่ ซ้ายได้สะดวก เพื่อป้องกันการสำลัก				46 []
15. ขณะให้อาหารผู้ป่วยอัมพาต ควรให้อยู่ในท่าศีรษะ สูงหรือท่านั่ง				47 []
ข้อ 16-18 ความรู้เกี่ยวกับคำวินิจฉัย				
16. การให้กำลังใจ ไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย อัมพาต เพราะผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง				48 []
17. ผู้ป่วยอัมพาตที่พูดไม่ได้ ถ้าเขียนได้ ควรกระตุ้น ให้เขียน เพื่อลดความเครียด				49 []
18. ญาติควรจะทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ให้ผู้ป่วย อัมพาต แม้ผู้ป่วยจะทำเองได้				50 []
ข้อ 19-20 ความรู้เกี่ยวกับการหาผู้ป่วยมาพบแพทย์				
19. อาการที่ผู้ป่วยอัมพาตต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ซึมลง ชัก ไข้อสูง เหนื่อยหอบ				51 []
20. ผู้ป่วยอัมพาต ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด ทุกครั้ง เพราะญาติสามารถดูแลเองได้				52 []

ท่านวิตกกังวลเรื่องใดบ้าง ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต

.....
.....
.....
.....
.....

ท่านอยากได้คำแนะนำอะไรบ้าง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาต

.....
.....
.....
.....



ร.ท. ๒๒๖(๑) ๙๓
๒๕๔๕

ภาพผนวก ข.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม
เรื่อง ความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจาก
โรคหลอดเลือดสมอง

1. รศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผศ.ดร.นุกูล ตะบูนพงส์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. รศ.อรัญญา เขาวลิต ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. คุณยุพิน ทองสวัสดิ์วงศ์ ฝ่ายบริการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์