ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เรืออากาศเอกหญิงภารดี เหรียญทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เรืออากาศเอกหญิงภารดี เหรียญทอง

เรืออากาศเอกหญิงภารดี เหรียญทอง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,

ค.ด. (อุดมศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารีรัตน์ จิตรมนตรี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,

ปร.ด. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2557

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิงศิริพันธุ์ สาสัตย์,
Ph.D. (Nursing Studies - Gerontology)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
เรืออากาศเอกหญิงภารดี เหรียญทอง
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,
ค.ด. (อุดมศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารีรัตน์ จิตรมนตรี,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ รวมถึงให้กำลังใจและความห่วงใยอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่คอยกรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างดีตลอดมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้อย่างดียิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายสุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัว และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย ขอบคุณเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

ภารดี เหรียญทอง

Copyright by Mahidol University

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH STROKE

ภารดี เหรียญทอง 5437196 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ด. (อุดมศึกษา), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), วิชชุดา เจริญกิจการ, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกระบวนการของกิบสัน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .73 และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปใช้ในช่วงของการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สอดแทรกตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

Copyright by Mahidol University

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ/พฤติกรรมสุขภาพ/ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

136 หน้า

THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH STROKE

PARADEE LEANGTHONG 5437196 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE:VILAIVAN THONGCHAROEN, Ph. D. (HIGHER EDUCATION), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), VISHUDA CHAREONKITKARN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research which studied 2 groups under the objectives of studying the results of an empowerment program on the health behaviors of older stroke patients. The sample group comprised 40 older stroke patients who received regular physical therapy at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre screened into specific groups, divided into 20 subjects in the control group and 20 subjects in the experimental group. The experimental group entered an empowerment program according to the stages of Gibson's model for 4 weeks. Tools used in collecting data comprised 1) general information questionnaire, 2) questionnaire of health behaviors of older stroke patients, tested for content validity by 3 honorary experts, with Content Validity Index (CVI) of 0.73 and tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.72. Data analysis was done by comparison of average scores of health behaviors of older stroke patients between before and after entering the empowerment program of the experimental group was conducted using independent t-test and comparison of average scores of health behaviors between the experimental and control groups using dependent t-test.

The results showed that:

1) Older stroke patients who entered the empowerment program had higher health behavior scores than prior to entering the program with statistical significance ($p < .001$).

2) Older stroke patients who entered the empowerment program had higher average scores for health behaviors than the group that did not enter the program with statistical significance ($p < .05$).

Recommendations –The empowerment program should be applied to older stroke patients receiving treatment at hospitals, whereby the program should be applied in discharge planning, and even better in the initial treatment at the hospital.

KEY WORDS: EMPOWERMENT / HEALTH BEHAVIOR / OLDER STROKE PATIENTS

136 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ซ**
สารบัญแผนภาพ	**ฌ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**12**
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	12
2.2 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน	21
2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	31
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41

Copyright by Mahidol University

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	**45**
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
แหล่งเก็บข้อมูล	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
คุณภาพของเครื่องมือวิจัย	51
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	51
กรณียุติการศึกษา	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย	**60**
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	**69**
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	**75**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	**81**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	**97**
รายการอ้างอิง	**114**
ภาคผนวก	**119**
ประวัติผู้วิจัย	**136**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	62
4.2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน	66
4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมรายด้าน	67
4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน	68

Copyright by Mahidol University

สารบัญรูป

รูป		หน้า
1.1	แสดงกรอบแนวคิดของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	9
2.1	แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งดัดแปลงตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)	26
3.1	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล	57

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในประเทศไทย ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 4 รองจาก โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจ (American Heart Association, 2013) โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการ และยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรของโลกทั้งด้านบุคคลและเศรษฐกิจอย่างมาก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

จากสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2552 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 176,342 คน และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2547-2552 สรุปได้ว่า แนวโน้มภาวะโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2552 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยกว่า 7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 32 โรคเบาหวานร้อยละ 13 โรคหัวใจร้อยละ 7 โดยพบว่ามีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละ 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 37 คน หรือประมาณ 3 คน ทุก ๆ 2 ชั่วโมง และเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากสถิติสาธารณสุข ปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 31.4 ต่อประชากร 100,000 คน จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2556 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลก และยังพบว่ามีอัตราการตายสูงในกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งพบว่าวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart Association (2014)

Copyright by Mahidol University

โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่าในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญ อันดับ 3 ในผู้ชายรองจากโรคเอดส์และ

อุบัติเหตุการจราจร และอันดับ 2 ในผู้หญิงรองจากโรคเอดส์ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น ร้อยละ 70 จะมีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร ร้อยละ 30 จะมีความพิการและยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง ในการใช้งานของร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการอย่างเรื้อรังและรุนแรง โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตภายในหนึ่งเดือนหลังป่วย สองในสามที่เหลือเกิดความพิการอย่างถาวรหรือชั่วคราว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตกลายเป็นผู้ด้อยความสามารถ แต่มีจำนวนไม่น้อยที่อาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ความพิการรุนแรงมากน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ตำแหน่งขอบเขตของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย หรืออายุ เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง และก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ดังนั้นการป้องกันและรักษาจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะควบคุมโรคนี้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552) ภายหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ยังพบว่า จะเกิดความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะยังคงมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนไหว จากความพิการหลงเหลืออยู่ และจะเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา และเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งใหญ่ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง การได้รับความรู้ การสอน และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ซึ่งพบว่า ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตในระยะวิกฤติเพิ่มขึ้นมาก ผลจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีผู้ที่รอดชีวิตกลายเป็นผู้ด้อยความสามารถ และมีอาการอัมพาตครึ่งซีก ทำให้มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย อาจพบพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมรักษา ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการปฏิเสธการทำกายภาพบำบัดและไม่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550; ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริการายงานว่า ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 750,000 คน มีจำนวนถึง 185,000 คน ที่กลับเป็นซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Copyright by Mahidol University

(American Heart Association, 2013) และหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรค ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม หลีกอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน (บรรณฑวรรณ หิรัญเดราะห์, 2554) และพบว่า การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจะส่งผลให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลดลงอีกด้วย (Brynnigsem, Damsgaard, & Husted, 2007) การเลือกรับประทานอาหารที่เพียงพอและเป็นประโยชน์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียวิตามินและเกลือแร่จากการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอและไม่สมดุลต่อความต้องการของร่างกาย (National Stroke Association, 2006)

การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ซึ่งการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้การฟื้นตัวของการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดียิ่งขึ้น (Resnick, Michael, Shaughnessy, Kopunek, Nahm, & Macko, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วย การออกกำลังกายหรือการทำกายภาพบำบัดทันที เพราะจะช่วยป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2550)

ปัจจุบันมีข้อมูลของยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดความดันโลหิตและยาลดไขมัน ที่สามารถช่วยลดการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว แพทย์จะให้การรักษาโดยการใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่การใช้ยาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการปฏิบัติภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เนื่องจากถ้ามีการใช้ยาผิด เกิดความประมาท หรือไม่มีการติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ พฤติกรรมการรับประทานยา จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Carroll, Dennis, Johnson, & Sudlow, 2010) พฤติกรรมการขาดยายังเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการตายอีกด้วย (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, & Diener, 2003) และยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดว่าตนเอง

Copyright by Mahidol University

เป็นภาระแก่ญาติในการพามาพบแพทย์ ผู้ป่วยสูงอายุจึงไม่ยอมมาพบแพทย์ และเกิดพฤติกรรมการขาดยาและการหยุดยาเองตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้โดยการดูแลสุขภาพร่างกายจากปัจจัยต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและยังจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยสูงอายุควรจะต้องมีการเรียนรู้ และหาแนวทางในการปฏิบัติตัว มีการคิดและการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย ซึ่งทำให้การช่วยเหลือตัวเองลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ส่วนมากจะมีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ มีความรู้สึกไร้อำนาจเนื่องจากการเคลื่อนไหวได้น้อย ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึมเศร้า และต้องการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเองได้เหมือนเดิมต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำหน้าที่และกิจกรรมด้านสังคมได้เหมือนเดิม ขาดสิ่งสนับสนุนด้านอารมณ์ขาดกำลังใจและพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมเร็วขึ้น (ประภัสสร สมศรี, 2549)

การสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักรู้ถึงศักยภาพที่แท้จริงและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ซึ่งจะเกิดจากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ไขปัญหา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในตัวบุคคล (นิตย์ ทัศนิยม, 2545) ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การนำการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นแนวทางเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม เป็นผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและจากสิ่งแวดล้อมมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

การสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลในเชิงบำบัดที่โดดเด่น เน้นให้ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลแบบองค์รวม และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัว มีระดับคะแนนการปรับตัวสูงกว่าก่อนการได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ (ประภัสสร สมศรี, 2549)

Copyright© by Mahidol University

ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิต และการเลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และเกิดความสามารถ (Gibson, 1991)

การศึกษาของจันทรา คงเจริญ (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่ได้รับโปรแกรม และพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจจะเข้าไปมีผลต่อกระบวนการเผชิญปัญหา ซึ่งจะเป็นการตอบสนองผ่านการรู้คิด ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัว เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (นิตย์ ทัศนิยม, 2545)

พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจในตัวเอง เกิดความยอมรับในความเจ็บป่วยและเกิดความเชื่อมั่นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและช่วยให้เกิดการฟื้นตัวของสมองและร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งยังส่งผลให้ ผู้ป่วยสูงอายุภายหลังพ้นระยะวิกฤติมีภาวะขาดกำลังใจและพลังอำนาจในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระยะเวลาในการทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดพลังและกำลังใจ รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิด พิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและยังสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ยังจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นศูนย์ที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ผู้ที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สิรินธรฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติมาแล้ว และมาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด

Copyright© by Mahidol University

เพิ่มเติม ประมาณเดือนละ 100 คน ซึ่งจัดเป็นแหล่งเก็บข้อมูลที่ดีในการนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันมาใช้กับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯเพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

Copyright by Mahidol University

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการคิดวิเคราะห์ ตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา ทำให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ขัดแย้ง และมีปัจจัยพื้นฐานเพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน และจะต้องอาศัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล คือ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการมีเป้าหมายของตัวผู้ป่วย จึงนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) คือ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดระบายความรู้สึก 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถของตนเองในการคิดพิจารณา ไตร่ตรอง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) การเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม โดยใช้เหตุผลของตนเองในการประกอบการตัดสินใจ เป็นวิธีที่ใช้แก้ปัญหาให้กับตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และได้พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และ4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นให้บุคคลเกิดกระบวนการคิด พิจารณาปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเอง จะก่อให้เกิดความมั่นใจและเกิดพลังอำนาจในการที่จะจัดการกับปัญหาของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

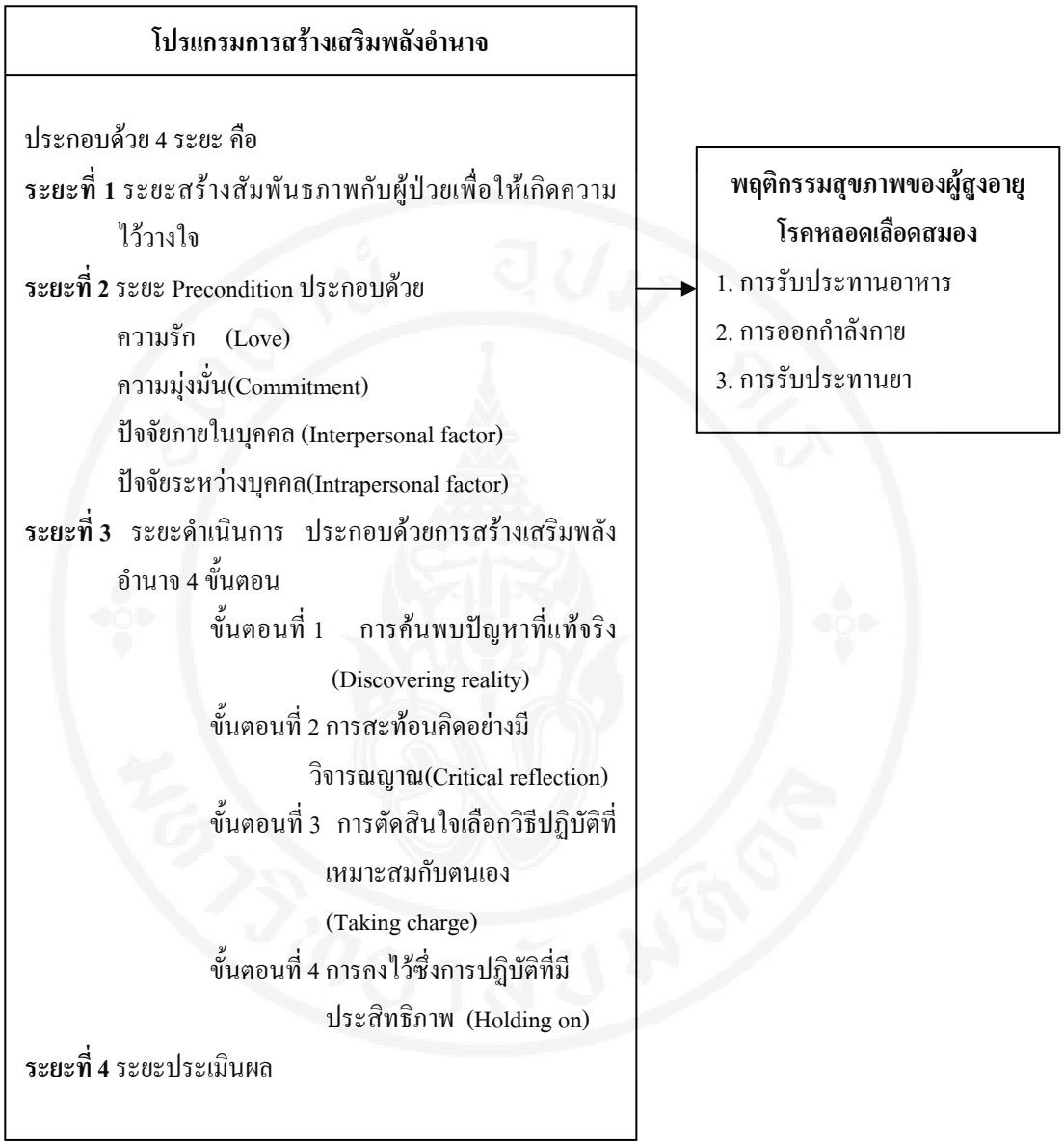
พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เป็นพฤติกรรมที่สำคัญกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังเกิดโรคแล้ว เพราะพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตัวเองได้มากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน มาใช้เป็นโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) โดยใช้วิธีการตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์สาเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรชาติ ชุมภู(2550) พบว่า การค้นพบสถานการณ์จริง การรู้จักตนเอง ทำ

Copyright© by Mahidol University

ให้ผู้สูงอายุได้ค้นพบและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุ เกิดกระบวนการคิดว่าจะมีวิธีการใดในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) พบว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดออกมา จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากยิ่งขึ้น ขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) โดยใช้วิธีการสอดแทรกความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวให้กับผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง รวมถึงสร้างพันธะสัญญาในการปฏิบัติตัว และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน ทองศิริ (2553) พบว่า การสอดแทรกการให้ความรู้กับผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจมากขึ้น และขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาว่าโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่าง ๆ ได้หรือไม่ อย่างไร

Copyright by Mahidol University



รูปที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Copyright by Mahidol University

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 40 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557

นิยามตัวแปร

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โปรแกรมที่เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจและส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัย กรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ระยะ Precondition ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ ซึ่งระยะนี้แบ่งการดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล โดยจัดกิจกรรมแบบรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ 2 สัปดาห์แรกจะพบผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และในสัปดาห์ที่ 3,4 จะพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าพบผู้ป่วยครั้งละ 15-30 นาที ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ดัดแปลงมาจาก จันทรา คงเจริญ (2554) มีข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ

1. ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรคซ้ำ ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ลดการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน ลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ลดการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด

Copyright by Mahidol University

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยของข้อต่อต่าง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เป็นออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ เช่น การฝึกยืน ฝึกเดิน การขึ้นลงบันได และอื่น ๆ

3. ด้านการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาให้ครบตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การรับประทานยาควบคุมระดับไขมันในเลือด รับประทานยาควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และรับประทานยาควบคุมโรคเบาหวาน และควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาหรือลดขนาดยาเอง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาโบราณ ที่ซื้อตามร้านขายยาแผนโบราณทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม ในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
    1.1 ความหมาย อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
    1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
    1.3 อาการและระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
    1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
    1.5 การป้องกันโรค การปฏิบัติตัว และการฟื้นฟูสภาพ
    1.6 การพยาบาล
2. แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมาย อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือในทางการแพทย์เรียกโรคนี้ว่า cerebrovascular disease เป็นภาวะที่ระบบการไหลเวียนของเลือดสมอง ถูกขัดขวางจากหลอดเลือดสมองแตก หรือการอุดกั้นจากก้อนเลือด มีผลให้เนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน และสารอาหาร ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองในส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น อ่อนแรงเฉียบพลัน ใบหน้า แขน และขา ข้างใดข้างหนึ่งไร้ความรู้สึก มีภาวะระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร ผิดปกติ และยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน การทรงตัว และการมองเห็น เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิด

Copyright by Mahidol University

อาการมาจากหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด หรือการแตกของหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในทุกประเทศทั่วโลก และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในประเทศไทย ในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจ (American Heart Association, 2013) และโรคหลอดเลือดสมองยังทำให้เกิดความพิการและสูญเสียทรัพยากรของโลกทั้งด้านบุคคล และเศรษฐกิจอย่างมาก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550; American Heart Association, 2013)

1. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกรณี ischemic stroke และ hemorrhagic stroke ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันเลือดที่สูงขึ้น อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 3-17 เท่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ และความรุนแรงของโรคในแต่ละราย และพบว่า ประมาณร้อยละ 77 ของผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิต > 140/90 mmHg

2. โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงเป็น 2.5 – 4 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นสามารถทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดของสมอง จะทำให้เกิดเป็นอัมพาตได้ และถ้าผู้ป่วยเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น

3. อายุ

อายุจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงของทั้งภาวะ hemorrhagic stroke และ ischemic stroke จนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่า โรคหลอดเลือดสมองจะพบในผู้สูงอายุ และพบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเท่านั้น เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ การสำรวจผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระหว่างอายุ 45-85 ปี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี และพบว่า วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart Association (2014)

Copyright by Mahidol University

4. เพศ

เพศ เกือบทุกๆช่วงอายุ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 44-76 และยังพบอัตราการเสียชีวิตของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเช่นกัน

5. โรคหัวใจ พบว่า ผู้ที่มีภาวะ atrial fibrillation มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน และผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน

6. การสูบบุหรี่ พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วขึ้น เพิ่มการเกาะตัวของเกล็ดเลือด เพิ่มความเข้มข้นของเลือด ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายอย่างที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคอ้วน ภาวะเครียด การขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา และภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และการกลับเป็นซ้ำ

2.1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke)

2.1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) ส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือด ทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน นอกจากเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผนังหลอดเลือดขนาดใหญ่แข็งตัวแล้ว ยังพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงกลุ่ม perforating vessels ซึ่งเมื่อมีการอุดกั้นแล้ว จะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็ก ๆ ที่เรียกว่า lacunar infarction โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดจะค่อย ๆ ก่อตัวตามผนังหลอดเลือดที่มี atherosclerotic plaque ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อย ๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ถูกอุดกั้น ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด เมื่อมีหลอดเลือดอุดกั้น เซลล์ประสาทจะค่อย ๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

2.1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอลงจนเกิด microaneurism ซึ่งเป็น

Copyright by Mahidol University

กระเปราะที่มีเลือดซึมขังอยู่ แสดงถึงเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดมาก่อน ถ้ามีความดันเลือดสูงขึ้นจากเดิมอย่างกะทันหัน อาจทำให้ aneurism แตกออก มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย เช่นเดียวกับในกรณีที่เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบ ๆ จะบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงที่สำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติและสัญญาณชีพ ถ้ามีการกดเบียดบางตำแหน่ง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงในส่วนของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติด้านภาษา สูญเสียการทรงตัว ถ้าการกดเบียดเกิดไม่มากนัก และผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อย ๆละลายจนหมดภายในเวลา 2-6 เดือน

2.1.3 อาการและระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยอาการผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเป็นนาที ในกรณีที่อาการผิดปกตินั้น คงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง จะเรียกว่า Ischemic stroke ถ้าอาการเป็นช่วงสั้น ๆ และหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง จะเรียกว่า transient ischemic attack (TIA) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะพบความผิดปกติใน carotid หรือ anterior circulation และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20-25 ischemic symptoms จาก vertebrobasilar หรือ posterior circulation (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552)

อาการของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1. กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด carotid

ถ้าเกิดอาการอุดตันที่บริเวณ Anterior cerebral artery ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาด้านตรงข้ามกับรอยโรค มักพบอาการชาในบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย อาจเกิดความผิดปกติที่เรียกว่า apraxia คือ ขยับแขนขาไม่ได้เมื่อผู้อื่นบอกให้ทำ แต่ขยับได้เองตามสัญชาตญาณ

ถ้าเกิดการอุดตันบริเวณ Middle cerebral artery ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกและแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาจมีอาการชาครึ่งซีกร่วมด้วย แต่มักไม่รุนแรงนัก อาจมีความผิดปกติของการมองเห็น อาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดกั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบากและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

2. กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด vertebrobasilar

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยจะเกิดอาการชาและอ่อนแรงของร่างกายซีกตรงข้าม จะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวดและอุณหภูมิจากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรคและจากร่างกายซีกตรงข้าม มีอาการหนังตาตก อาการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

สรุปอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปมักจะเกิดอาการอย่างรวดเร็วทันทีทันใด อาการที่สำคัญ ได้แก่

1. อาการอ่อนแรงครึ่งซีก มีอาการแขนขาอ่อนแรง เดินลำบาก อาจมีปากเบี้ยวร่วมด้วย อาการอ่อนแรงนี้ถ้าเป็นมากเรียกว่า อัมพฤกษ์ ถ้าเป็นมากจนขยับไม่ได้เลย เรียกว่า อัมพาต

2. อาการชาครึ่งซีก อาจพบร่วมกับอาการอ่อนแรง หรือไม่พบก็ได้

3. ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เกิดอาการทำงานของกล้ามเนื้อลิ้นและปากผิดปกติสืบเนื่องจากโรคในสมอง

4. พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือฟังภาษาพูดไม่เข้าใจ เกิดจากโรคที่สมองซีกซ้ายซึ่งเป็นสมองข้างเด่นควบคุมเกี่ยวกับภาษา

5. คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ โดยทั่วไปอาการเหล่านี้มักจะเกิดจากโรคหูส่วนใน แต่ก็มีบางครั้งที่เกิดจากโรคหลอดเลือดจากบริเวณก้านสมอง

6. อาการเห็นภาพซ้อนเป็น 2 ภาพ มักจะเกิดจากโรคบริเวณก้านสมอง

7. เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ อาจร่วมกับอาการอ่อนแรงหรือไม่ก็ได้ เกิดจากโรคบริเวณสมองน้อยหรือก้านสมอง

8. หมดสติทันที มักจะเกิดจากสมองเสียการทำงานไปมาก โดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกที่รุนแรง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

Copyright© by Mahidol University

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนแรง หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟู เพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายและฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในเดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

2.1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2550)

1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) เมื่อเกิดการอุดกั้นที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดอย่างมากจนตายไป แต่บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ ถ้าสามารถแก้ไขภาวะนี้ให้เลือดสามารถกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้าการขาดเลือดดำเนินต่อไป เนื้อสมองดังกล่าวจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด การได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้ผลดีที่สุด ควรได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมงภายหลังเกิดการอุดกั้น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ทำให้มีเลือดออกในสมองอย่างรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ และต้องให้ยาหลังเกิดอาการภายในเวลาไม่นานก่อนที่เนื้อสมองจะตายไป

2) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) เช่น aspirin เป็นยาต้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดกั้นซ้ำในระยะเฉียบพลัน

3) การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) มักจะให้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดสมองอุดตัน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีที่ใช้แอสไพริน (aspirin) แล้วไม่ได้ผล หรือมีลิ่มเลือดจากหัวใจอุดตัน ยาที่ใช้ได้แก่ heparin อาจให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หรือใช้ warfarin ให้โดยการกิน เมื่อให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด จะต้องติดตามดูการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ ๆ อยู่เสมอ

การรักษาจำเพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองอุดกั้นในระยะเฉียบพลัน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรักษาเนื้อสมองที่ขาดเลือดใกล้ตาย แต่ต้องให้ภายในเวลาไม่นานหลังเกิดอาการ

Copyright by Mahidol University

และต้องระวังว่ายาอาจทำให้มีเลือดออกในสมองแทรกซ้อนได้ การป้องกันในระยะเฉียบพลันที่ได้ผลคือ การให้ aspirin

2.1.5 การป้องกันโรค การปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การป้องกันโรค

ในปัจจุบันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และพบว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

การป้องกันระยะที่ 1 (primary prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้คนปกติเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยหมั่นไปตรวจสุขภาพร่างกายบ่อย ๆ เพื่อหาความผิดปกติแต่เนิ่นๆ

การป้องกันระยะที่ 2 (secondary prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดโรคนี้ได้ ซึ่งผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบ ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง และผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายขนาดปานกลางอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้เป็นปกติ

การป้องกันระยะที่ 3 (tertiary prevention) การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดโรคนี้ซ้ำอีก โดยการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติตัว

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. งดการสูบบุหรี่
2. ออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
3. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน มันหมู มันวัว หนังเป็ด หนังไก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเลจำพวกกุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เพราะมีไขมันแฝงอยู่มาก

Copyright by Mahidol University

4. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือถ้าจะรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่ควรเลาะมันออกให้หมด ดังนั้น ควรรับประทานเนื้อปลาเหมาะสมที่สุด เพราะมีปริมาณไขมันต่ำกว่า เนื้อหมู เนื้อวัว และ เนื้อไก่

5. รับประทานอาหารเพื่อช่วยในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ ป้องกันภาวะท้องผูก ได้แก่ อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมไขมันลดลง

6. ในการปรุงอาหารควรใช้น้ำมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว จะทำให้ไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น

7. หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ขนมหวานต่าง ๆ ครีม เนย กะทิ

8. ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารจำพวก กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหยอง กะปิ และหลีกเลี่ยงอาหารเติมเกลือหรือสารปรุงแต่งต่าง ๆ ลงไปในอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ผงชูรส น้ำตาล ฯลฯ

9. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมและโปแตสเซียมในปริมาณสูง เช่น อาหารที่มีรสเค็ม ผักผลไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง

10. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือจำพวกชาหรือกาแฟ ที่มีสารคาเฟอีนสูง

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความบกพร่องได้หลายอย่าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและกับผู้ใกล้ชิดด้วย ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการยืน โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัว และญาติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ระยะเวลา ซึ่งแบ่งเป็นช่วง ๆ โดยมีเป้าหมายและแนวทางแตกต่างกัน ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน ควรเริ่มทันทีที่ทราบการวินิจฉัยและพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แนะนำให้มีการประเมินด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว เพื่อให้ทราบถึงอาการทางคลินิก สาเหตุ ตำแหน่งและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะถดถอยจากการนอนนาน ๆ ต่อจากนั้นจึงเริ่มประเมินปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมเพื่อประกอบการวางแผนการรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป แนะนำให้เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ขยับตัวเมื่ออาการคงที่แล้ว 24-48 ชั่วโมง

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล โดยต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้และฝึกหัด รวมถึงแรงจูงใจ เพื่อที่จะได้ทราบศักยภาพของบุคคลเหล่านั้น และจัดโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูที่บ้าน หรือมาพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเป็นระยะ ๆ หรือมาฝึกที่สถานบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน สถานบริการอาจเป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์สมรรถภาพก็ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์หลายด้าน ควรได้รับการดูแลและฝึกในโรงพยาบาล

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต การออกจากโรงพยาบาล มิใช่เป็นเพียงการสิ้นสุดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะเท่านั้น แต่หมายถึงการเริ่มต้นดำเนินชีวิตใหม่ของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยจะกลับคืนสู่สังคมภายนอก โดยอาจยังคงบทบาทเดิมหรือลดบทบาทลงอย่างมาก ผู้ป่วยต้องปรับตัวอีกครั้ง และอาจค้นพบปัญหาใหม่ๆ ผู้ให้การดูแลรักษาควรนัดผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาตรวจประเมิน และให้คำแนะนำเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีแรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนั้นคงระดับความสามารถที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นอีก

2.1.6 การพยาบาล

1) ติดตามประเมิน วินิจฉัยปัญหา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) ให้การพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเข้าสู่สภาพเดิม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

3) ให้ความรู้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด

Copyright by Mahidol University

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมา จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วย และยังส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

สุขภาพและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันอีกด้วย ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อไป

2.2 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน

การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการของการให้อำนาจ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน

การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาชีวิต เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม โดยการตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลคิดและตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวของตัวเองมีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า (ประภัสสร สมศรี, 2549)

Hawks (1992) ให้ความหมายไว้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง 2 บุคคลขึ้นไปโดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกัน เตรียมแหล่งความรู้ทรัพยากรต่าง ๆ และสภาพแวดล้อมเพื่อฝ่ายเสริมสร้างพลังอำนาจจะได้นำมาพัฒนา เสริมสร้างและเพิ่มพูนความสามารถ และประสิทธิผลให้กับฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Rodwell (1996) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่แทรกซ้อน โดยแนวคิดนี้เริ่มจากแนวคิดทางสังคมวิทยาที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาทางสังคม หลังจากนั้นจึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในหลายสหสาขาวิชาชีพ และได้มีการนำมาเชื่อมโยงและพัฒนาจนมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

พะนอ เตชะอธิก (2541) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เพื่อให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและสามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของบุคคลนั้น ๆ

รัชนีพร คนชุม (2547) ให้ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจไว้ว่า กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ในกระบวนการคิดรู้ ซึ่งบุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้จากการวิเคราะห์ ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการแก้ไขปัญหา รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีพลังอำนาจและมีคุณค่าในตนเอง

Copyright© by Mahidol University

เอื้อมพร ทองกระจาย (2537) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมและประสบความสำเร็จ โดยการ

ตัดสินด้วยตนเอง ซึ่งใกล้เคียงกับแนวคิดของหลายคนที่กล่าวว่าเป็นกระบวนการพัฒนาชีวิต ที่ทำให้บุคคลคิดและเกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวของตัวเอง และรู้สึกชีวิตมีคุณค่า

พลังอำนาจ (Power) ตามความหมายของกิบสัน (Gibson, 1995) หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และการสร้างเสริมพลังอำนาจ ตามความหมายของกิบสัน (Gibson, 1991) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและการยอมรับ การส่งเสริมพัฒนาและการสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมชีวิตตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้ (Gibson, 1991)

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในความสามารถของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจและส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถตัดสินใจจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้นแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตัวบุคคลเอง ซึ่งบุคคลควรได้รับการเคารพในการตัดสินใจ แพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ทรัพยากรสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเชื่อใจและการเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับบุคลากรทางสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ความหมายของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1991) ได้อธิบายถึง การสร้างเสริมพลังอำนาจมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

Copyright by Mahidol University

3. เป็นกระบวนการเพิ่มความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างเสริมประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

5. เป็นกระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

6. เป็นกระบวนการในการหาทางออก หรือหาหนทางในการแก้ปัญหามากกว่าการหาตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล

7. เป็นกระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้ให้อำนาจด้วย

8. เป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ได้

นอกจากนี้ กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น จึงต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีสภาวะสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของตนเอง บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องใดๆ แม้ว่าอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น

Copyright© by Mahidol University

3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการได้ แต่ผู้รับบริการจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง โดยบุคลากรเป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้การช่วยเหลือ ให้เกิดพฤติกรรมที่ดี รู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีความสำนึกในเรื่องของอิสรภาพ พร้อมที่จะปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรทางสุขภาพแนะนำไว้ และบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความเคารพนับถือผู้รับบริการ และผู้รับบริการควรจะมีความเคารพนับถือบุคลากรทางสุขภาพด้วย

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจากความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลในตนเอง และการมีความมุ่งมั่น (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลัง สามารถทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking change) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ซึ่งการที่บุคคลจะเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างพลังอำนาจ ทั้งภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ รับรู้ความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง (Gibson, 1995)

ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor)

1. ค่านิยม (Value) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

2. ความเชื่อ (Belief) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีจะช่วยให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและอาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

3. เป้าหมาย (Determination) เกิดจากบุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย เพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคใดๆ ก็ตาม

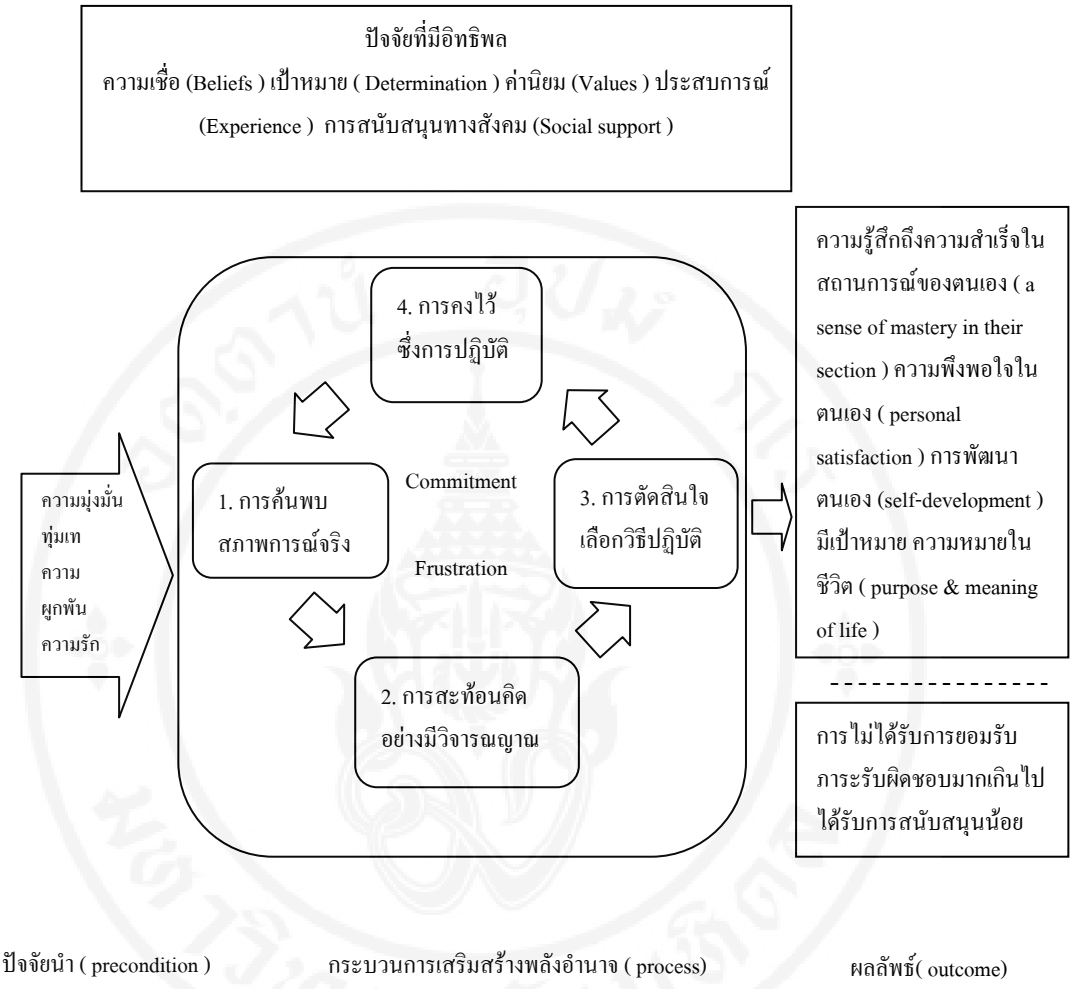
4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

การสนับสนุนทางสังคมจากหลาย ๆ ด้าน มีส่วนสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ การได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ถือว่าเป็นสิ่งที่สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถสรุปเป็นแผนภาพ ตามรูปที่ 2.1 ดังนี้

Copyright by Mahidol University



รูปที่ 2.1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งดัดแปลงตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

จากแผนภาพ กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจากความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความมุ่งมั่น (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลัง มีความสามารถกระทำทุกอย่างในการแก้ปัญหา อุปสรรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนการสร้างเสริมพลังอำนาจ กระบวนการในการสร้างเสริมพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้

บุคคลมีความตระหนักในการปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง ทำให้เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้บุคคลจะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญา การรับรู้ (Cognition) และด้านพฤติกรรม (Behavior)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotion) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับเกิดความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากของปัญหา ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ และยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นถ้าเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้น แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognition) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นจากการอ่านหนังสือ การถามจากแพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavior) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ สามารถมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง จะทำให้บุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่าง

เหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะเกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการวิเคราะห์จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้อง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ และทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) ขั้นตอนนี้บุคคลจะเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination) บุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่จะให้ผู้อื่นนำไปใช้เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองในด้านการพิทักษ์สิทธิ์ การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา การเรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การเจรจาต่อรอง และการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ขั้นตอนนี้ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือแก้ปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับนำไปใช้ในครั้งต่อไป

การสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละ

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนได้ต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กล่าวไปแล้ว เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะ ที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

จากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน จะเห็นได้ว่ากระบวนการตามขั้นตอนต่าง ๆ อาจนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และสามารถเลือกวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญ

วิธีการที่ใช้ในการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจถูกนำมาใช้งานหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ วิธีการหรือกลวิธีที่ใช้ในการสร้างเสริมพลังอำนาจในการพยาบาลจึงมีความหลากหลาย ซึ่งสามารถรวบรวมได้ ดังนี้ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

1. การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

2. การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจ

3. การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง โดยให้ตามความต้องการของผู้ป่วย

4. การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่เป็นประโยชน์

5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกัน อาจทำได้โดยนำเสนอด้วยตนเองให้กับผู้อื่นฟัง มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ

6. การใช้คำถามเพื่อหาประเด็นที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของแต่ละบุคคล ซึ่งจำเป็นในขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

Copyright by Mahidol University

7. การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง และยอมรับศักยภาพในความสามารถของบุคคล

การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องใช้วิธีการต่าง ๆ หลากหลายวิธีมาผสมผสานกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุ และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กลวิธีในการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ทั้ง 4 ขั้นตอน และใช้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ร่วมกับการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม รวมถึงให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมได้ ในระหว่างการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยใช้เทคนิคการใช้คำถาม เพื่อหาประเด็นที่ต้องการและทำให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ระยะเวลาในการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ระยะเวลาในการสร้างเสริมพลังอำนาจ ยังไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ถึงแม้ว่ากระบวนการนี้จะต้องการเวลา แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุแน่ชัด

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาแตกต่างกัน

พะนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 20 คน ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 8 ครั้ง

ประภัสสร สมศรี (2549) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 30 คน ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยรายบุคคล คนละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6-8 วัน พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวสูงกว่าก่อนการได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ

จันทรา คงเจริญ (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม โดยดำเนินโปรแกรมครั้งละ 40 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

Copyright by Mahidol University

เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน ใช้ระยะเวลาในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุรายกลุ่ม โดยดำเนินโปรแกรมครั้งละ 30-60 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมายังไม่มีการสรุประยะเวลาในการดำเนินการสร้างพลังอำนาจที่แน่นอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวางแผนการดำเนินโปรแกรมโดยปรับระยะเวลาให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติมากที่สุด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 15-30 นาที ทั้งนี้ระยะเวลาอาจปรับหรือยืดหยุ่นได้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ

2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อรรถพงศ์ เพ็ชร์สุวรรณ์ (2552) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำที่เป็นผลต่อสุขภาพตนเองครอบครัว และบุคคลอื่น โดยเป็นผลมาจากทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม นิสัย และผลที่คาดว่าจะได้รับหลังจากการกระทำหรือไม่กระทำนั้น ๆ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นยัง เป็นผลมาจากการเรียนรู้ 3 ส่วน คือ ความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็นและทัศนคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติ โดยลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 ลักษณะด้วยกัน คือ พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันโรคและ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ โดยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่เป็นอยู่ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น จะประสบผลสำเร็จหรือไม่

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

Copyright© by Mahidol University

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive and Promotive behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค

2. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behaviors) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยครอบคลุมปฏิกิริยาตั้งแต่บุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของตนเองหรือของผู้อื่นก็ได้

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนของบุคคลหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ การปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้นอกจากจะเป็นการดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นพื้นฐานของชีวิตแล้ว ยังหมายรวมถึงการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง อีกด้วย

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

โรคหลอดเลือดสมองมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน ด้านหนึ่งที่พบได้บ่อย คือ ปัญหาความบกพร่องด้านการกลืน และผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องด้านการกลืนจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก และก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา ดังนั้น จึงต้องจำเป็นใส่ใจในการจัดการกับการสูญเสียหน้าที่ในการกลืน เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับภาวะแทรกซ้อนได้ (Lin, Wang, Chan, & Wu, 2003) การกลืนลำบากควรได้รับการพยาบาลและการดูแลที่ถูกต้อง โดยมีหลักการ ดังนี้ (ปิติกานต์ บูรณาภาพ, 2552)

1. ควรเลือกอาหารอาหารที่ผู้ป่วยกลืนง่าย ไม่ต้องมีการเคี้ยวมาก ควรจัดอาหารให้เป็นชิ้นพอดีคำ และอุณหภูมิของอาหารไม่เย็นหรือร้อนเกินไป ควรเลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบหรือเคยชอบมาก่อนเพื่อเป็นการกระตุ้นความอยากอาหาร

Copyright by Mahidol University

2. ควรมีการฝึกการเคี้ยวและกลืน โดยเริ่มจาก

2.1 อาหารบดหรือปั่นข้น เช่น กล้วยสุกบด สังขยา โจ๊กปั่นข้น น้ำผลไม้ปั่นข้น เป็นต้น ลักษณะอาหารเมื่อใช้ช้อนตักอาหารจะเกาะที่ช้อน แล้วค่อย ๆ ไหลหยดมาช้า ๆ

2.2 ต่อมาลองให้อาหารข้นเหลว มีลักษณะเหลวกว่าอาหารประเภทแรก เช่น น้ำซุปข้น โยเกิร์ตถ้วย เป็นต้น ลักษณะอาหารเมื่อเอียงช้อนจะไหลเร็วกว่าประเภทแรก

2.3 เมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารข้นเหลวได้แล้ว จึงให้อาหารธรรมดาที่เคี้ยวง่าย เช่น ข้าวสวยนิ่ม ๆ ผักต้ม ผลไม้สุก ลักษณะอาหารเป็นเส้น ชิ้นยาวใหญ่ ควรตัดหรือหั่นให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ และในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มเคี้ยวกลืนได้ดี ควรเพิ่มอาหารประเภทผัก ผลไม้ จะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น

2.4 ลำดับต่อมา คือ อาหารเหลวเป็นน้ำ เช่น น้ำส้มคั้น นมสด นมเปรี้ยว น้ำข้าว เป็นต้น

2.5 สุดท้ายให้อาหารเนื้อผสม เช่น ข้าวต้ม แกงต่าง ๆ ก๋วยเตี๋ยว ซึ่งมีส่วนผสมที่เป็นน้ำและเป็นเม็ดข้าว เป็นต้น

3. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการกลืนมาก อาหารที่ใช้ควรเป็นอาหารอ่อนบดละเอียด หรืออาหารเหลว อาจต้องใช้หลอดดูด หรือกระบอกฉีดยาช่วย แต่ต้องระวังอาการสำลัก

4. หากผู้ป่วยอัมพาตสามารถทานอาหารเองได้ ควรใช้ช้อนที่เหมาะสม และมีหลอดดูดช่วยแทนการดื่มน้ำจากแก้วเพื่อป้องกันการสำลัก และดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เหมาะกับสภาพร่างกาย และความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจับได้มั่นคง เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการใช้มือจับสิ่งของ

5. ควรจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร และควรลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสนใจการรับประทานอาหารลดลง และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ง่าย

6. ควรจัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่มองเห็นได้ถนัด เช่น วางอยู่ตรงหน้าผู้ป่วยและมีแสงสว่างเพียงพอ

7. ควรให้เวลาในการรับประทานอาหารกับผู้ป่วย ไม่ควรเร่งผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน จะได้ไม่เกิดปัญหาท้องอืดตามมา

8. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หากยังดูดไม่ได้ให้ใช้ช้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง การดื่มน้ำควรค่อย ๆ ให้ผู้ป่วยอมน้ำในปากก่อนแล้วจึงกลืนน้ำเข้าไป

Copyright by Mahidol University

9. อย่าชวนผู้ป่วยพูดคุยขณะทานอาหาร เพราะเสี่ยงต่อการสำลัก

ควรมีการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตามโรคประจำตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2554)

โรคความดันโลหิตสูง ควรควบคุมโดยการงดรับประทานอาหารเค็มทุกชนิด ควรหลีกเลี่ยงของแห้งของดองเค็ม อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ผักดอง ผลไม้กระป๋อง สารเคมีที่ใช้ในการประกอบอาหาร เช่น ผงชูรส หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ เครื่องดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน ควรงด

โรคเบาหวาน ต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรงดหรือรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง ข้าว น้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ควรรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะต้องรับประทานตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด ห้ามลดหรือเพิ่มจำนวนยาด้วยตนเองโดยที่ยังไม่ได้เจาะเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือด

โรคไขมันในเลือดสูง งดการรับประทานไขมันจากสัตว์ เครื่องในสัตว์ ของทอด กะทิ ไข่แดง ลดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ขนมหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน ควรรับประทานปลาทะเลทุกชนิด สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ควรรับประทานถั่วเมล็ดแห้งและผักใบเขียว

นอกจากนั้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรรับประทานอาหารเพื่อช่วยในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ได้แก่ อาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเพื่อการรักษา เป็นการออกกำลังกายเพื่อคงความสามารถของการเคลื่อนไหวของข้อในแขนขาข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย การฝึกการเคลื่อนไหวควรทำท่าละ 10-20 ครั้ง ทำอย่างน้อยวันละ 2 รอบ เช้า – เย็น ไม่ควรทำหลังอาหารภายใน 1 ชั่วโมง และการเคลื่อนไหวแต่ละครั้งควรทำช้า ๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอและนุ่มนวล เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ และช่วยให้ข้อต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดสะดวกขึ้น (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2554)

Copyright by Mahidol University

การฝึกกายภาพบำบัดที่บ้าน

เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยควรต้องทำกายภาพบำบัดต่อที่บ้านเพื่อรักษาสมรรถนะที่ได้รับการฟื้นฟูมาแล้วให้ดำรงอยู่ต่อไป หากไม่ทำกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ข้อต่อต่างๆที่ไม่ได้รับการเคลื่อนไหวอย่างครบถ้วน เช่น ข้อมือ นิ้วมือ ข้อศอก และหัวไหล่ ก็จะเกิดอาการยึดติดขึ้นอีก

ในกรณีที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตนเองไม่ได้ สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ โดยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยบ่อย ๆ ทุก 2 ชั่วโมง ใช้ลูกโป่งหรือถุงมือยางใส่น้ำขนาดพอเหมาะห่อด้วยผ้ารองบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงหรือบริเวณที่มีปุ่มกระดูกแข็ง เช่น ส้นเท้า ก้นกบ สะโพก

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาการบวมของ แขน-ขา มือและเท้าซึ่งสามารถแก้ไขเบื้องต้นได้ด้วยการใช้วัสดุอ่อนนุ่ม เช่น ผ้าห่ม หมอนข้างหนุนรองข้างที่บวมให้สูง กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ (ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2550)

หลักในการออกกำลังกายโดยให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2554; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2550 ; ปิติกานต์ บูรณาภาพ, 2552)

1. ควรมีการฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ และจะทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้น

2. ทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. พยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่อ่อนแรงร่วมด้วยเสมอ

4. ในระยะแรกควรค่อย ๆ ทำทีละน้อยในท่าทางที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยจนเกินไป และควรมีการฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น

ท่าที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยบริหารด้วยตนเอง มีดังนี้

การบริหารแขน ไหล่ ข้อศอก และมือ

1. การยกแขนขึ้นและลง การเคลื่อนไหวแขนโดยการยกแขนขึ้นด้านบนในขณะที่ผู้ป่วยนอนหงาย โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงประสานกับมือข้างที่อ่อนแรงโดยให้นิ้วโป้งข้างที่อ่อนแรงอยู่ด้านบน เริ่มการบริหารโดยเหยียดข้อศอกแล้วยกแขนทั้ง 2 ข้างไปเหนือศีรษะอย่างช้า ๆ โดยให้ข้อศอกเหยียดไว้ตลอดเวลา พยายามยกแขนให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว แล้วเอาลงอย่างช้า ๆ ทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

2. การกางแขนและหุบแขน (ในขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง) เริ่มต้นโดยให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับข้อมือข้างที่มีอาการอ่อนแรง และกางออกให้ได้มุม

Copyright by Mahidol University

ฉาก ยกแขนขึ้นไปให้ลำแขนติดหมอน ยกแขนข้างที่อ่อนแรงให้พาดหน้าอกผู้ป่วย หลังจากนั้นค่อย ๆ ยกกลับมาที่เดิม ทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

3. การเคลื่อนไหวข้อศอก ใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับมือข้างที่มีอาการอ่อนแรง งอข้อศอกพับเข้าหาต้นแขน เหยียดข้อศอกขึ้น และทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

4. การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลง (ในขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง) ให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับข้อมือข้างที่มีอาการอ่อนแรง จับให้แขนตั้งฉากกับลำตัว หมุนแขนข้างที่อ่อนแรงขึ้นไปด้านบน โดยให้ปลายแขนขนานกับศีรษะ จับแขนข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวลงมา และทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

5. การหมุนข้อมือ ใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับข้อมือข้างที่มีอาการอ่อนแรง หมุนฝ่ามือข้างที่มีอาการอ่อนแรงคว่ำลง และหมุนฝ่ามือข้างที่มีอาการอ่อนแรงหงายขึ้น ทำสลับกันไปมาช้า ๆ 10 ครั้ง

6. การกระดกข้อมือ ใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับมือด้านที่มีอาการอ่อนแรง จับปลายนิ้วเหยียดตรง และกระดกข้อมือขึ้น จัดให้นิ้วโป้งกางออก ค้างไว้ นับ 1-5 และปล่อยกลับคืนสู่ท่าปกติ ทำซ้ำ 5 ครั้ง

7. การบริหารนิ้วมือ ทำได้โดยให้ผู้ป่วยฝึกเอง ได้แก่ หารหุบนิ้ว – กางนิ้วมือทั้งหมด หรือการจับปากกาแล้วปล่อย ปฏิบัติท่าละ 10-15 ครั้ง

การบริหารส่วนขา

1. การเคลื่อนไหวขา การบริหารขาบนเตียงด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

1.1 การงอและเหยียดสะโพก ทำได้โดยให้ผู้ป่วยยกขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงมาสอดใต้เข่าข้างที่มีอาการอ่อนแรง เลื่อนเท้าข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรง ไปยังข้อเท้าข้างที่มีอาการอ่อนแรง ยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นโดยใช้แรงจากขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรง ยกขาข้างที่อ่อนแรงลง ทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

1.2 การกางขาและหุบขาเข้า สอดเท้าข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงไว้ใต้เท้าที่มีอาการอ่อนแรง ยกขาข้างที่มีอาการอ่อนแรงขึ้น ให้สูงจากพื้นประมาณ 2 นิ้ว โดยใช้แรงจากขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงแล้วหุบขาข้างที่อ่อนแรงเข้าไปด้านใน กางขาข้างอ่อนแรงออกไปด้านนอกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยใช้แรงจากขาข้างที่ไม่อ่อนแรงช่วย ทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแรงมากขึ้น โดยสามารถนอนหงายพร้อมกับชันเข่าได้ ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดกัน โดยวางเท้าทั้ง 2 ราบสนิทกับที่นอนและห่างกันเล็กน้อย มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว จากนั้นให้ผู้ป่วยยกสะโพกให้ลอยขึ้นจากเตียงใน

Copyright by Mahidol University

ระดับสูงพอประมาณ หรือผู้ดูแลอาจใช้มือช่วยดันก้นกบในขณะที่บอกให้ผู้ป่วยยกสะโพกขึ้นแล้วค่อย ๆลดสะโพกลงช้า ๆ 5 ครั้ง

การเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยช่วยตัวเองในการเปลี่ยนท่านอน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนอิริยาบถและป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวของแขน ขา และลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกจากนอนมานั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่งและฝึกการเคลื่อนย้าย

การเคลื่อนไหวบนเตียงทำได้ ดังนี้

1. การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย โดยการเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง เคลื่อนย้ายไปยังข้างเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายเองได้ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างไม่มีอาการอ่อนแรงจับแขนด้านที่อ่อนแรงวางบนหน้าอก แล้วเหยียดแขนยกขึ้น แล้วเลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงช้อนเข่าข้างอ่อนแรง ยกเคลื่อนไป ตั้งขาข้างปกติขึ้นพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติออกแรงกดกับเบาะที่นอน ยกสะโพกเลื่อนไป เลื่อนศีรษะและไหล่ตามแล้วจัดลำตัวให้ตรง

2. การพลิกตะแคงตัว

ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียงให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การพลิกตะแคงตัวสามารถพลิกตะแคงตัวได้ 2 แบบ คือ

2.1 การพลิกตะแคงไปทางด้านอ่อนแรง (วิธีนี้จะง่ายกว่าการพลิกตะแคงไปทางด้านปกติ) ให้เริ่มจากผู้ป่วยชันเข่าข้างปกติขึ้น ใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับแขนข้างที่อ่อนแรงกางออก เพื่อไม่ให้พลิกตัวไปทับไหล่ แล้วเอี้ยวตัวให้พลิกตะแคง พร้อมกับหันศีรษะตาม จะช่วยให้พลิกตัวได้ง่าย

2.2 การพลิกตะแคงตัวไปทางด้านปกติ ทำได้โดยผู้ป่วยใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงจับแขนข้างอ่อนแรงวางบนหน้าอก แล้วเหยียดแขนยกขึ้น สอดปลายเท้าข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงใต้เข่าข้างที่อ่อนแรงตั้งขึ้น แล้วค่อย ๆ พลิกตะแคงไปด้านปกติ ยกศีรษะ ไหล่และตะแคงตัวไปด้านที่ดี โดยใช้แขนข้างที่ดียันลงบนที่นอน

3. การฝึกการลุกนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียงให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การฝึกการลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคงสามารถลุกขึ้นได้ 2 แบบ คือ

3.1 การลุกขึ้นนั่งทางด้านปกติ ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงสอดใต้เข่าข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าที่ไม่มีอาการอ่อนแรงลงไปจนถึงข้อเท้า แล้วค่อย ๆยกขาข้างอ่อนแรงลงให้พ้นเตียงแล้วค่อย ๆ ตะแคง ยกศีรษะไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่งพยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย

Copyright by Mahidol University

3.2 การลุกขึ้นนั่งทางด้านอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ขาข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงสอดใต้เข่าข้างที่อ่อนแรง แล้วยกขาทั้ง 2 ลงข้างเตียงให้พ้นพื้น แล้วค่อย ๆ ตะแคงไป ใช้มือข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรงยันพื้น ยกศีรษะและไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นพยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย

4. การฝึกการทรงตัวขณะนั่ง ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนอนอยู่ที่เตียงนานๆ ควรปรับหัวเตียงให้สูงขึ้นก่อนพอให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ได้ก่อน โดยไม่มีอาการเวียนศีรษะ แล้วจึงจับผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง การฝึกการทรงตัวท่านั่ง โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงบนขอบข้างเตียง เท้ายันพื้นไม่ให้เอียงตัวไปทางด้านที่อ่อนแรง ในระยะแรก ผู้ดูแลอาจจะต้องช่วยประคองหัวไหล่ข้างที่อ่อนแรง การบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ถ้าเป็นไปได้ให้ผู้ป่วยดูจากการใช้กระจกส่องช่วย

พฤติกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งผลต่อการรับประทานยา หรือการมารับยาไปรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมักไม่ชอบมาพบแพทย์ เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และกลัวว่าจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ด้านจิตใจผู้สูงอายุมักไม่อยากรบกวนให้ผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล รู้สึกว่าตนเองเป็นคนพิการ เป็นที่รำคาญต่อผู้พบเห็น รวมถึงญาติผู้ดูแลไม่อยากลำบากในการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ จึงพบปัญหาญาติมารับยาเดิมจากแพทย์โดยไม่พาผู้สูงอายุมาติดตามการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการขาดยา หรือได้รับยาไม่ตรงกับอาการได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

ผู้สูงอายุมักมีการเก็บสะสมยา ผลจากการที่ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังและได้รับยาหลายชนิด บางรายรับประทานยาไม่หมดหรือไม่ได้รับประทานยาก็จะเก็บสะสมยาไว้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการเดิมก็จะเอาที่เก็บสะสมไว้มาทานเองโดยไม่ได้ไปพบแพทย์ทำให้ได้รับผลข้างเคียงจากยาได้ และผู้ป่วยสูงอายุมักจะไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาไม่ถูกเวลาและขนาดที่แพทย์สั่ง ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยาที่ได้รับมีจำนวนมากเกินไป ผู้สูงอายุหยุดยาเองเพราะรับประทานยาไปแล้วเกิดผลข้างเคียงจากยา แล้วไม่ได้ปรึกษาแพทย์ต่อ สายตาไม่ดีหรือฉลากยาที่เขียนไม่ชัดเจน ความจำลดลงจากภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการรับประทานยา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมการรับประทานยา เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การศึกษาของประเทศสก็อตแลนด์ พบว่า การรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

ควบคุมความดันโลหิต และควบคุมระดับไขมันในเลือด จะช่วยป้องกันการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (Carroll, Dennis, Johnson, & Sudlow, 2010) การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่องจะมีส่วนในการช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี และพฤติกรรมการขาดยายังเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการตายอีกด้วย ทั้งนี้ปัจจัยต่างๆขึ้นอยู่กับความรู้ และทัศนคติต่อโรคที่เป็น รวมถึงการรับรู้และการมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรับรู้ผลข้างเคียงของยาอีกด้วย (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, & Diener, 2003) นอกจากนั้นยังพบว่า การได้รับยาทันทีในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

ดังนั้นการรับประทานยาควรรับประทานยาที่ใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือยาที่รักษาโรคร่วมตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ยาโรคหัวใจ ยาลดไขมันในเส้นเลือด ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดการแข็งตัวของเลือด ฯลฯ และควรมีการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด และควรสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ มีอาการเลือดออกง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน และอาการระคายเคืองกระเพาะอาหาร (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2554)

อย่างไรก็ตาม การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จำเป็นต้องมีการรับประทานยาร่วมกันหลายชนิด ไม่ว่าจะเป็นยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดการแข็งตัวของเลือด ยาลดความดันโลหิตและยาลดภาวะไขมันในเลือดสูง รวมถึงบางรายอาจต้องรับประทานยาป้องกันโรคเบาหวานร่วมด้วย ทั้งนี้ การรับประทานยาควรเริ่มทันทีภายหลังเกิดโรค นอกจากนั้น ควรมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการขาดยา และควรมีการติดตามผลของการใช้ยาภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตด้วย

หลักการรับประทานยาในผู้ป่วยสูงอายุ มีหลักการ ดังนี้ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2550)

1. การใช้ยาให้ถูกต้องกับคน (Right person) คือถูกกับตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ควรอ่านฉลากยาหรือป้ายหน้าซองยาทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบชื่อ–สกุล ที่ถูกต้อง เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา

2. การใช้ยาให้ถูกกับชนิดของยา (Right drug) ซึ่งสรรพคุณของยาแต่ละโรคจะแตกต่างกันออกไป

Copyright by Mahidol University

3. การให้ยาถูกขนาดกับผู้ป่วยสูงอายุ (Right dose) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาดที่กำหนดไม่มากหรือน้อยกว่าที่กำหนด

4. การให้ยาถูกวิธี (Right method) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามรูปแบบของยา ซึ่งยาแต่ละชนิดมีวิธีการใช้แตกต่างกัน

5. การให้ยาถูกเวลา (Right time) หมายถึง การใช้ยาให้ได้ผลดีจะต้องใช้ให้ถูกและตรงเวลา เช่น ก่อนอาหารเช้า หรือหลังอาหาร หรือให้เมื่อมีอาการ เป็นต้น

การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด แอสไพริน (Aspirin)

ควรได้รับยาภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยขนาดของยาที่ควรได้รับแต่ละวัน คือ 325 mg ต่อวัน และควรมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นด้วย เช่น ตัวยาอาจระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดอาการปวดท้องหรืออาเจียนได้ บางรายอาจทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร เพราะฉะนั้นไม่ควรรับประทานยาในขณะที่ท้องว่าง ควรรับประทานยาหลังอาหารทันที และควรเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย (อรัมย์ เจษฎาญานเมธา, 2556)

การรับประทานยาลดการแข็งตัวของเลือด วาฟาริน (warfarin)

การได้รับยาลดการแข็งตัวของเลือด จะได้รับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ มีลิ่มเลือดในหัวใจหลุดไปที่สมอง ได้รับการผ่าตัดหัวใจเทียม หรือมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ตามที่แพทย์เห็นสมควร และในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin จำเป็นต้องมีการติดตามความปลอดภัยโดยวัดระดับค่า INR (International Normalized Ratio) ตลอดระยะเวลาที่ใช้ และต้องมีการระมัดระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออก เป็นต้น

การรับประทานยาลดความดันโลหิต

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นยาเม็ด มีจุดประสงค์เพื่อลดระดับความดันเลือดให้ต่ำลง โดยวิธีการขับปัสสาวะ หรือลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งแพทย์มักจะให้ยาในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ โดยให้รับประทานวันละครั้งเดียว ข้อสำคัญในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี คือ ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวันและรับประทานยาให้ตรงเวลา หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไปให้รับประทานยาของมื้อนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงมาก เกิดอาการหน้ามืด หมดสติ เป็นอันตรายได้ (บุษบา จินดาวิจักษณ์, 2556)

การรับประทานยาลดไขมัน

ยานี้ใช้สำหรับลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ในผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จะใช้วันละ 40 มิลลิกรัม ในเวลาหลังรับประทานอาหารเย็น ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นเวลาที่ใกล้กับมื้อต่อไป ให้ข้ามไปรับประทานยามื้อต่อไปเลย โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า อาการที่ควรระวังขณะรับประทานยา คือ อาการมีไข้ กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้อาเจียน มีผื่นคัน หรือผื่นลมพิษขึ้น เป็นต้น

Copyright© by Mahidol University

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์มีหลายด้าน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ซึ่งพบว่าเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดการปฏิบัติตัวที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการคิด และการวิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหาด้วยตนเองจากการคิดวิเคราะห์ปัญหาทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี (Positive self-concept) จึงมีผู้นำการสร้างเสริมพลังอำนาจไปใช้ในงานวิจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

จันทรา คงเจริญ (2554) ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วัดระดับการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ระดับความดันโลหิตและระดับคอเลสเตอรอล ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตและระดับคอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของ พะนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20 ราย ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 จำนวน 8 ครั้ง วัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ เพิ่มความสามารถเผชิญปัญหาและเพิ่มระดับการปรับตัว ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองภายหลังเกิดภาวะอัมพาตครึ่งล่าง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนมีระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) ที่ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 30 คน โดยใช้กระบวนการของการ

Copyright by Mahidol University

พยาบาลที่ต่อเนื่องกันทุก ๆ วัน ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 6-8 วัน ครั้งละ 45-60 นาที โดยวัดพฤติกรรมการปรับตัวภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเปรียบเทียบกัน 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวสูงกว่าก่อนได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ และการศึกษาของ Hee Yung (2008) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยวัดผลแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัด ภาวะซึมเศร้า และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 60 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเกิดแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดมากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นได้มีการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน มาปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น งานวิจัยของสมคิด ปุณะศิริ (2552) ซึ่งศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์ วัดผลโดยการประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกายทั้งโดยรวมและรายด้าน และความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคม หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภู่ระย้า (2551) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปกติที่บ้าน จำนวน 40 คน ดำเนินการวิจัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วัดผลโดยวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีการรับรู้

Copyright by Mahidol University

ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลดีกว่าก่อนได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึง ศรีรัตน์ คุ้มสิน (2546) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ วัดผลโดยการวัดความเครียดและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติม พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจกับผู้ป่วยโรคต่าง ๆอีก ดังนี้ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์ วัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Pibernik-Okanovic (2004) ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิต และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 73 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที วัดคุณภาพชีวิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ค่า HbA1C ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Shearer (2007) ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพื่อวัดผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย จำนวน 90 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจและมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์จากพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านภาวะหัวใจวาย ใช้เวลา 6 ครั้งในการโทรศัพท์ติดตามอาการภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผล

Copyright by Mahidol University

การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ

Katula (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการเพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 42 คน ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยวัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น และมีความแข็งแรงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันนำมาใช้ได้หลากหลายแบบด้วยกัน และนำมาใช้ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีหลักการและเป้าหมายเดียวกัน คือเพื่อให้ผู้ป่วยหรือบุคคล เกิดการรับรู้ปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมถึงทำให้ผู้ป่วยหรือบุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีรวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจน มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นด้วย

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi - Experimental Research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

	ก่อนการทดลอง	การทดลอง	หลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง	O_1	X	O_2
กลุ่มควบคุม	O_3		O_4

X	หมายถึง	โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
O_1	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม
O_2	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม
O_3	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
O_4	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติโดยคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มละ 20 คน

Copyright by Mahidol University

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน

2) กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา (motor power) 1 ข้าง ตั้งแต่เกรด 2 ขึ้นไป

3) เป็นผู้ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่คลินิกกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

4) ความสามารถในการรับรู้ปกติ เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตาราง Cohen (1988) โดยอ้างจากงานวิจัยของ จันทรา คงเจริญ (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ระดับ 0.80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) คือ 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน

การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลจากกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนก่อน จึงเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลจากกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คนให้ครบตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการได้รับปัจจัยที่ต้องการศึกษาโดยบังเอิญในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว นำมาจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการเกิดโรค และระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด

Copyright by Mahidol University

แหล่งเก็บข้อมูล

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นศูนย์ที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของคนพิการให้ดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน ซึ่งที่คลินิกกายภาพบำบัด พบสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่คลินิกกายภาพบำบัดในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 130 คน และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มารับการทำกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นประจำทุกสัปดาห์ต่อเนื่องกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้ประเมินผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อคัดกรองเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินการรับรู้ (Cognitive) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด มีจำนวน 11 ข้อ

ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อคำถามที่ 4,9,10) หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

Copyright by Mahidol University

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) แบ่งการดำเนินโปรแกรมเป็น 4 ระยะ โดยเริ่มต้นจาก

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

ระยะที่ 2 ระยะของ Pre condition เป็นระยะการสร้างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ เช่น ความรัก ความเชื่อ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality)โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการคิดพิจารณาไตร่ตรอง เพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง โดยใช้การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล

ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ 2 สัปดาห์แรกผู้วิจัยพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และในสัปดาห์ที่ 3,4 พบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าพบผู้ป่วยครั้งละ 30-60 นาที ทั้งนี้ระยะเวลาอาจปรับหรือยืดหยุ่นได้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ โดยใช้สื่อประกอบการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล ทำการประเมินผลการดำเนินโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

Copyright by Mahidol University

3.2 แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปฏิบัติตัวของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการสอนและให้ความรู้และการปฏิบัติตัวกับผู้สูงอายุ

3.3 แผ่นพลิกประกอบการสอน

ผู้วิจัยจัดทำแผ่นพลิกประกอบการสอน โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แผ่นพลิกเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยใช้ประกอบการสอนในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge)

3.4 คู่มือให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยจัดทำเป็นรูปเล่ม เพื่อมอบให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) โดยคู่มือจัดทำเป็นรูปเล่มสีเหลืองอ่อน ขนาด 14.8 ซม. X 21 ซม. ใช้ขนาดตัวอักษร Angsana New ขนาด 18

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและดูแล ได้แก่ โรคประจำตัว ร่างกายด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลที่บ้าน สิทธิในการรักษา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกมีความเครียด/วิตกกังวลหรือไม่ วิธีแก้ไขความเครียด/วิตกกังวลที่เกิดขึ้น

Copyright by Mahidol University

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของจันทรา คงเจริญ (2554) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ ซึ่งข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1 3 4 9 11 12 13 14 15 16 19 และ 20 และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 2 5 6 7 8 10 17 18 21 22 23 24 และ 25 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติระดับน้อย
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติเลย

ในการให้คะแนนพิจารณาตามลักษณะของข้อคำถาม ดังนี้

การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่ปฏิบัติ	1	5

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้าน คือด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาโดยใช้หลักทางสถิติ สามารถแปลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น

ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพสูง

Copyright by Mahidol University

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แผ่นพลิกประกอบการสอน คู่มือให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นทำการปรับแก้ไขในขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ 1 ท่าน

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.73 และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยดำเนินการทดลองเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

Copyright© by Mahidol University

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการเรื่องขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และดำเนินการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่ออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งไปยังหัวหน้าคลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ขอความยินยอมจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้พยาบาลผู้ประสานงานประจำศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลผู้ประสานงานแนะนำให้พบกับผู้วิจัย

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการตามขั้นตอน

1.6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา รวมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลจนครบจำนวน 20 คนก่อนจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่1 (สัปดาห์ที่1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ให้เจ้าหน้าที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

Copyright by Mahidol University

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจรักษา และการสอนกายภาพบำบัดจากคลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามโปรแกรมปกติ เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ โดยแบ่งระยะการพบผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ใช้เวลาประมาณ 15-30นาที โดยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ หลังจากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียด และขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากผู้ป่วยยินยอมและเข้าใจวัตถุประสงค์ดีแล้ว ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่แบ่งเป็นด้านการรับประทานอาหารจำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ รวม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

ระยะที่ 2 ระยะ Pre condition

เป็นระยะที่เป็นการสร้างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจ เช่น ความรัก ความเชื่อ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยใช้คำถามเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 20-30 นาที

“คุณลุง/คุณป้าเชื่อว่าสาเหตุครั้งนี้เกิดจากอะไรคะ”(Beliefs)

“คุณลุง/คุณป้าเคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างไรบ้างคะ” (Experience)

Copyright by Mahidol University

"มีใครบ้างที่คอยเป็นผู้สนับสนุนท่านในเรื่องต่าง ๆ" (Social support)

"คุณลุง/คุณป้าคิดว่าตัวท่านเองมีคุณค่าอย่างไรบ้างคะ" (Love, Values)

"คุณลุง/คุณป้ามีเป้าหมายในการรักษาตัวครั้งนี้อย่างไรบ้างคะ" (Determination)

สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เน้นย้ำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักว่าตนเอง คือ ผู้ที่สำคัญที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสร้างพันธะสัญญาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Commitment) และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2(สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งแรก 3 วัน

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที เป็นการค้นพบสภาพปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน โดยส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก บอกเล่าถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง กิจกรรมครั้งนี้เป็นการกระตุ้นและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นพบสภาพปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้คำถามดังนี้

"คุณลุง/คุณป้ารู้สึกอย่างไรบ้างคะเมื่อเป็นโรคนี้"

"คุณลุง/คุณป้าทราบได้อย่างไรคะว่าเป็นโรคนี้"

"คุณลุง/คุณป้าคิดว่าอะไรเป็นปัญหามากที่สุด/รู้สึกว่าอะไรบ้างที่เป็นปัญหาคะ"

สรุปประเด็นการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการคิดพิจารณาไตร่ตรองเพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง โดยใช้การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ดังนี้

"คุณลุง/คุณป้า คิดว่าที่ผ่านมาพฤติกรรมสุขภาพของเราเป็นอย่างไรบ้างคะ"

Copyright by Mahidol University

"คุณลุง/คุณป้า คิดว่าเราควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดกันบ้างคะ"

ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 3 วัน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมะสมกับตนเอง (Taking charge) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยใช้การให้ข้อมูลความรู้และแนะนำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามแผนการสอน โดยใช้แผ่นพลิก เรื่องความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด โดยใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ เกิดการยอมรับในการตัดสินใจด้วยตนเอง (self determination) เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา พัฒนาความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ ร่วมกันหาแนวทางและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและเป็นผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ โดยใช้คำถามดังนี้

"ภายหลังจากที่เราได้ทราบถึงปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแล้วนะคะ อยากให้คุณลุง/คุณป้า ลองเล่าให้ฟังหน่อยค่ะว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง"

"คุณลุง/คุณป้า คิดว่าเราจะมีวิธีไหนกันบ้างคะที่จะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้"

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มเติม

"คุณลุง/คุณป้า มีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมอีกหรือไม่คะ"

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ป่วยโดยใช้การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัว

ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยอีกครั้ง

และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในวิธีการปฏิบัติที่ผ่านมา และเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป ใช้เวลาในขั้นตอนนี้ประมาณ 15-30 นาที

“หลังจากกิจกรรมที่ผ่านมา คุณลุง/คุณป้า มีปัญหา/อุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่คะ ขณะปฏิบัติตามแนวทางที่เราได้เลือกกันไว้”

“คุณลุง/คุณป้า มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวครั้งนี้แล้ว ขอให้คุณลุง/คุณป้า ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวครั้งนี้นะคะ”

“คุณลุง/คุณป้า ต้องการทราบข้อมูลอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่คะ”

และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไปโดย

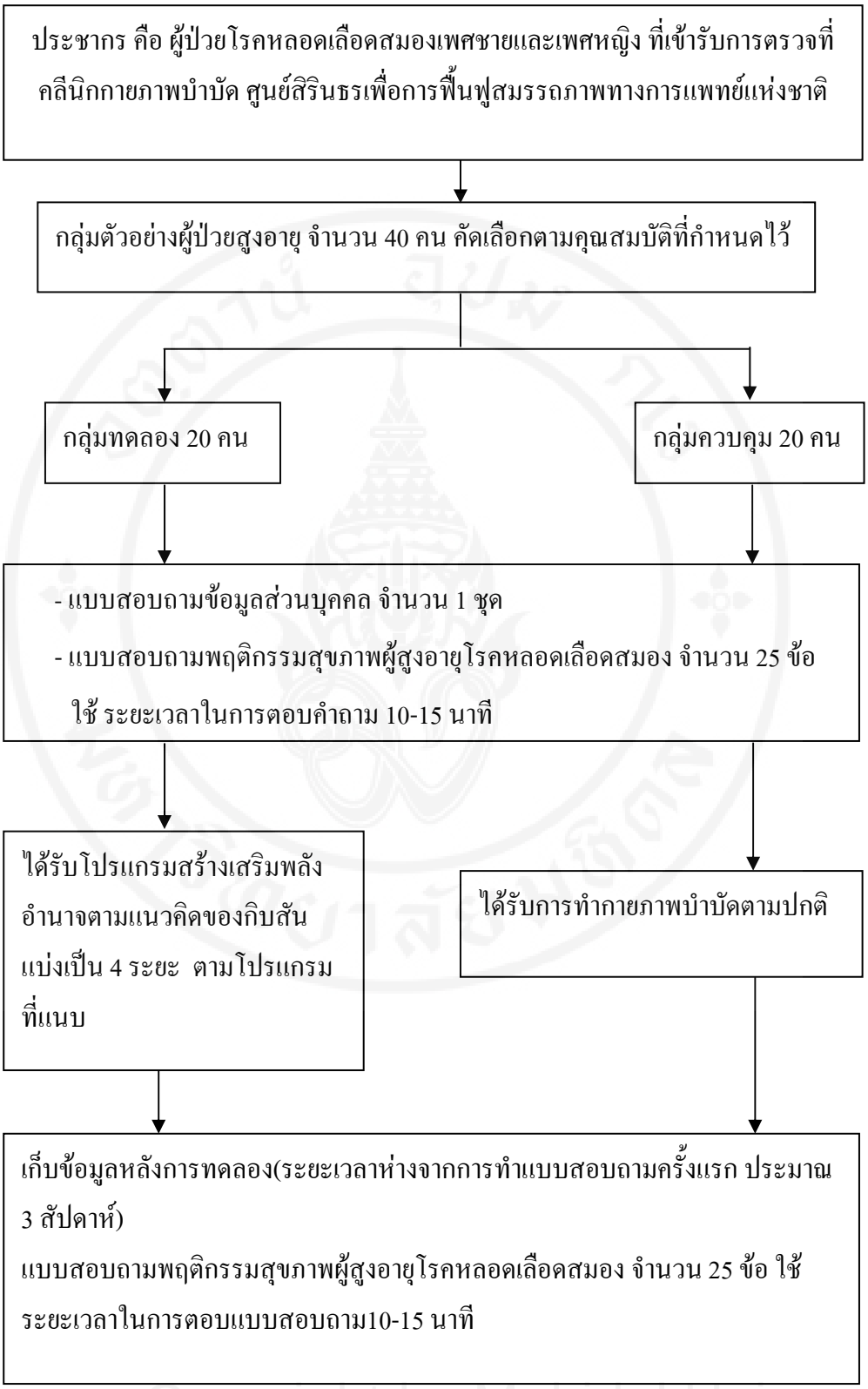
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล

สอบถามถึงอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร รวมถึงกล่าวชมเชยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ หลังจากนั้น เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

กล่าวขอบคุณและยุติความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University



Copyright by Mahidol University

รูปที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

กรณียุติการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ กรณีที่จะยุติการศึกษา คือ การที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการรุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยได้ดำเนินตามขั้นตอนขอความเห็นชอบการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรม ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการ และเมื่อตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้วยังสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต การวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ด้านร่างกายแก่กลุ่มตัวอย่าง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงเจตนาให้ความยินยอมโดยลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด และจะทำลายข้อมูลภายหลังทำวิทยานิพนธ์แล้ว 5 ปี การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น ขณะทำการศึกษาวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และรายงานผู้ดูแลทราบทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Science/ Personal Computer Plus) ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในการจับคู่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

1. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
2. ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา
3. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลักความน่าจะเป็น
4. ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอและควรมีเท่ากันหรือไม่แตกต่างกันมาก
5. ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเท่ากัน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และเพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 45 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 65 เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 70 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือบุตร/หลาน ร้อยละ 35 ใช้สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่คือ สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 40 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุก

Copyright by Mahidol University

ครั้ง ร้อยละ 100 และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 55 ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 70 ดังแสดงในตาราง 4.1

สำหรับกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 65 และเพศหญิง ร้อยละ 35 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 75 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท ร้อยละ 50 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 55 เพียงพอต่อการใช้จ่ายร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 55 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 3-6 เดือน ร้อยละ 50 และ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือภรรยา ร้อยละ 55 ใช้สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิผู้พิการ ร้อยละ 60 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 100 และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 65 ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 60 ดังแสดงในตาราง 4.1

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค-สแควร์ ในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการเกิดโรค และระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 4.1

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
60-69	8	40	10	50	.000	1.000
70-79	12	60	10	50		
เพศ						
ชาย	12	60	13	65	2.967	.085
หญิง	8	40	7	35		
สถานภาพ						
โสด	1	5	2	10		
คู่	16	80	18	90		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	15	0	0		
ศาสนา						
พุทธ	20	100	20	100		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	0	0	1	5		
ประถมศึกษา	10	50	6	30		
มัธยมศึกษา	2	10	6	30	8.111	.919
อนุปริญญา	3	15	1	5		
ปริญญาตรี	5	25	4	20		
สูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	2	10		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		x^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้						
ค้าขาย	2	10	2	10		
รับจ้าง	4	20	1	5		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9	45	15	75		
รับราชการ	1	5	0	0		
ธุรกิจส่วนตัว	4	20	2	10		
รายได้ครอบครัว						
น้อยกว่า 10,000	4	20	0	0		
10,000-20,000	5	25	8	40		
20,000-30,000	5	25	10	50		
มากกว่า 30,000	6	30	2	10		
แหล่งที่มาของรายได้						
บำนาญ/เงินออม	5	25	9	45		
สมาชิกในครอบครัว	13	65	11	55		
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	0	0		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	20	100	20	100		
ไม่เพียงพอ	0	0	0	0		
โรคประจำตัว						
โรคความดันโลหิตสูง	18	90	18	90		
โรคเบาหวาน	1	5	0	0		
โรคไขมันในเลือดสูง	1	5	2	10		

Copyright by Mahidol University

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ร่างกายด้านที่อ่อนแรง						
ด้านซ้าย	14	70	11	55		
ด้านขวา	6	30	9	45		
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง						
3 เดือน	1	5	3	15		
6 เดือน	0	0	1	5	1.556	.956
1 ปี	4	20	3	15		
1 ปีขึ้นไป	15	75	13	65		
ระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด						
3-6 เดือน	6	30	10	50		
7 เดือน – 1 ปี	4	20	1	5	1.111	.893
1 ปีขึ้นไป	10	50	9	45		
ผู้ดูแลที่บ้าน						
ภรรยา	5	25	11	55		
บุตร/หลาน	7	35	3	15		
ดูแลตนเอง	2	10	0	0		
ผู้ดูแลจากศูนย์ฯ	6	30	6	30		
สิทธิในการรักษา						
สิทธิกรมบัญชีกลาง	7	35	8	40		
สิทธิเงินสด	5	35	0	0		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0	0	0	0		
สิทธิผู้พิการ	8	40	12	60		

Copyright by Mahidol University

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย						
ไปพบแพทย์ทุกครั้งที่เจ็บป่วย	20	100	20	100		
การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกมีความเครียด/วิตกกังวลหรือไม่						
มี	9	45	7	35		
ไม่มี	11	55	13	65		
วิธีแก้ไขความเครียด/ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น						
สวดมนต์	6	30	8	40		
นั่งสมาธิ	0	0	0	0		
พูดคุยกับญาติ	14	70	12	60		

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.24, SD = 0.31, $\bar{X}$ = 4.15, SD = 0.40, $\bar{X}$ = 3.91, SD = 0.65 และ $\bar{X}$ = 4.85, SD = 0.29 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.16, $\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.22 และ $\bar{X}$ = 4.93, SD = 0.15 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.18, SD = 0.45) ดังแสดงในตาราง 4.2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

	กลุ่มควบคุม(n=20)			กลุ่มทดลอง(n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	4.24	0.31	สูง	3.99	0.16	สูง	3.06	.002
-ด้านการรับประทานอาหาร	4.15	0.40	สูง	4.07	0.22	สูง	0.71	.241
-ด้านการออกกำลังกาย	3.91	0.65	สูง	3.18	0.45	ปานกลาง	4.08	.000
-ด้านการรับประทานยา	4.85	0.29	สูง	4.93	0.15	สูง	1.11	.137

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ดังแสดงในตารางที่ 4.3)

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา และความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยภาพรวมและพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง($\bar{X}$ = 4.24, SD = 0.31, $\bar{X}$ = 4.15, SD = 0.40, $\bar{X}$ = 3.91, SD = 0.65 และ $\bar{X}$ = 4.85, SD = 0.29 ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลองยังมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ที่ใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.29, $\bar{X}$ = 4.11, SD = 0.37, $\bar{X}$ = 3.89, SD = 0.64 และ $\bar{X}$ = 4.89, SD = 0.21 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.3

สำหรับกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

Copyright© by Mahidol University

สุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.16, $\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.22 และ $\bar{X}$ = 4.93, SD = 0.15 ตามลำดับ)ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.18, SD = 0.45) และพบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.13, $\bar{X}$ = 4.36, SD = 0.14, $\bar{X}$ = 4.09, SD = 0.24 และ $\bar{X}$ = 4.95, SD = 0.15 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมรายด้าน

	ก่อนการทดลอง(n=20)			หลังการทดลอง(n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
กลุ่มควบคุม								
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	4.24	0.31	สูง	4.23	0.29	สูง	0.46	.322
-ด้านการรับประทานอาหาร	4.15	0.40	สูง	4.11	0.37	สูง	0.61	.271
-ด้านการออกกำลังกาย	3.91	0.65	สูง	3.89	0.64	สูง	0.34	.367
-ด้านการรับประทานยา	4.85	0.29	สูง	4.89	0.21	สูง	0.96	.174
กลุ่มทดลอง								
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.99	0.16	สูง	4.41	0.13	สูง	8.86	.000
-ด้านการรับประทานอาหาร	4.07	0.22	สูง	4.36	0.14	สูง	6.12	.000
-ด้านการออกกำลังกาย	3.18	0.45	ปานกลาง	4.09	0.24	สูง	7.57	.000
-ด้านการรับประทานยา	4.93	0.15	สูง	4.95	0.15	สูง	1.00	.165

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ดังแสดงในตารางที่ 4.4)

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา และความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

	กลุ่มควบคุม(n=20)			กลุ่มทดลอง(n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
หลังการทดลอง								
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	4.23	0.29	สูง	4.41	0.13	สูง	2.52	.008
-ด้านการรับประทานอาหาร	4.11	0.37	สูง	4.36	0.14	สูง	2.79	.004
-ด้านการออกกำลังกาย	3.89	0.64	สูง	4.09	0.24	สูง	1.26	.107
-ด้านการรับประทานยา	4.89	0.21	สูง	4.95	0.15	สูง	0.98	.165

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 4.1) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart Association (2014) และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ American Heart Association (2013) ว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนรายได้ของครอบครัว 20,000 -30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าเป็นรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เพราะผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนในเรื่องของการรักษาคือใช้สิทธิคนพิการในการรักษาอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีณา ลิ้มสกุล (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้สามารถแสวงหา

Copyright by Mahidol University

แหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ จากข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ American Heart Association (2013) และ กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) ที่กล่าวไว้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย

5.2 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา (ตารางที่ 4.2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทำให้มีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของศูนย์สิรินธรฯ นอกจากนั้นยังอาจเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป และได้รับการทำกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโฉมพิไล นันทรักษา (2555) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคและระยะเวลาฟื้นฟูสภาพมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการดูแลตนเองดีขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีผู้ดูแลที่บ้าน คือ ภรรยาและบุตรหลาน ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ได้รับการทำกายภาพบำบัดจากที่ศูนย์สิรินธรฯซึ่งคิดว่าเพียงพอแล้ว จึงไม่ได้มีการนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน รวมถึงอาจขาดความไม่มั่นใจว่าเมื่อกลับไปบ้านแล้วจะสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมือนกับที่นักกายภาพบำบัดสอนหรือไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉราภรณ์ พูลศรี (2553) ที่ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ออกกำลังกายเป็นเพราะ ผู้สูงอายุไม่แน่ใจว่าการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องตามหลักการหรือไม่ จึงงดการออกกำลังกายไป

Copyright by Mahidol University

5.3 ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5.3.1 สมมติฐานการวิจัย 1: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งนี้ (ตารางที่ 4.3) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ โดยการเข้าไปพบและพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยท่าทางยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและเต็มใจที่จะเปิดเผยปัญหาและความรู้สึก ซึ่งสังเกตได้จากการพบและพูดคุยกับผู้สูงอายุในครั้งต่อไป จะพบว่าผู้สูงอายุสามารถจดจำผู้วิจัยได้ แสดงท่าทีเป็นมิตรกับผู้วิจัย และผู้สูงอายุกล้าที่จะบอกปัญหาของผู้สูงอายุต่อผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุได้คิด วิเคราะห์ และค้นพบว่า อะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ (Beliefs) และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจะต้องทำอย่างไรจึงจะหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ (Experience) ผู้สูงอายุเรียนรู้แหล่งสนับสนุนของตนเอง (Social Support) รู้ว่าตัวผู้สูงอายุเองยังมีคุณค่าต่อลูกหลานและบุคคลรอบข้าง (Values) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมายในการรักษาตัวครั้งนี้ (Commitment) ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering Reality) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าใจและตระหนักถึงสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุบอกว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้มาจากโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่ไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหาร และผู้สูงอายุบางรายไม่ได้มีการควบคุมการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรชาติ ชุมภู (2550) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

Copyright by Mahidol University

สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การค้นพบสถานการณ์จริง การรู้จักตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้ค้นพบและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) พบว่า กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้คิดหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดออกมา จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยายามปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกและให้พันธะสัญญาไว้กับผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน ทองศิริ (2553) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงโดยคู่สมรส โรงพยาบาลแม่จริม จังหวัดน่านซึ่งพบว่าการสอดแทรกการให้ความรู้กับผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติ

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของไมเคิล (Michael, 2011) ที่ศึกษาการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น โดยต้องใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจ เกิดกระบวนการจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบทความของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Association of Southern California, 2014) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะทำให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิต และเกิดกำลังใจในการเรียนรู้เพื่อเกิดทักษะในการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Honne และคณะ (2011) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ใช้วิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่จะช่วยสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ

Copyright© by Mahidol University

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมในด้านต่างๆ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายจากคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเลือกวิธีการปฏิบัติได้ถูกต้อง ตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา คงเจริญ (2554) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำให้คะแนนพฤติกรรมด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น

5.3.2 สมมติฐานการวิจัย 2: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ผลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.4) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ได้รับการทำกายภาพบำบัดและคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามปกติของศูนย์ สิรินธรฯนั้น อาจไม่ทำให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม และไม่ได้รับการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัว ตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจที่กลุ่มทดลองได้รับ ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ

Copyright by Mahidol University

ด้านการออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) ที่ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า หลังผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการปรับตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภู่ระย้า (2551) ที่ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลดีกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

นอกจากนี้สอดคล้องกับการนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน มาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ดังนี้ การศึกษาของ Okanovic และคณะ (2004) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ มีคุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 2 ต่อผลการรักษาทางคลินิกและ การมารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีผลการรักษาทางคลินิค ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi - experimental Research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกรอบในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ตามที่ต้องการ หลังจากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด โดยให้มีลักษณะเหมือนกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพก่อนเข้าสู่โปรแกรม ระยะที่ 2 การนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน โดยใช้แผ่นพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นสื่อประกอบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองต่อไป และระยะที่ 4 คือระยะประเมินผล ระยะเวลาที่ทำการทดลองทั้งหมด จำนวน 4 สัปดาห์

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและดูแล ได้แก่ โรคประจำตัว ร่างกายด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลที่บ้าน สิทธิในการรักษา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกมีความเครียด/วิตกกังวลหรือไม่ วิธีแก้ไขความเครียด/วิตกกังวลที่เกิดขึ้น

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของจันทรา คงเจริญ (2554) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ นำไปความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.73 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

Copyright by Mahidol University

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการทำกายภาพบำบัดตามปกติ และผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test)

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post –test) ในสัปดาห์ที่ 4 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แจกแจงจำนวน ร้อยละ และค่าสถิติไค-สแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1) ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 และเพศหญิง ร้อยละ 35 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90

Copyright© by Mahidol University

นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 75 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท ร้อยละ 50 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 55 เพียงพอต่อการใช้จ่ายร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 55 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 3-6 เดือน ร้อยละ 50 และ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือภรรยา ร้อยละ 55 ใช้สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิผู้พิการ ร้อยละ 60 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 100 และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 65 ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 60

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และเพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 45 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 65 เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 70 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือบุตร/หลาน ร้อยละ 35 ใช้สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่คือ สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 40 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 100 และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 55 ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 70

2) ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและด้านการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.24, SD = 0.31, $\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.40, $\overline{X}$ = 3.91, SD = 0.65 และ $\overline{X}$ = 4.85, SD = 0.29 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ใน

Copyright by Mahidol University

ระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.16, $\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.22 และ $\bar{X}$ = 4.93, SD = 0.15 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.18, SD = 0.45)

3) ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.13, $\bar{X}$ = 4.36, SD = 0.14, $\bar{X}$ = 4.09, SD = 0.24 และ $\bar{X}$ = 4.95, SD = 0.15 ตามลำดับ)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรคได้ดี และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวมากขึ้น โดยการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปใช้ในช่วงของการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สอดแทรกตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

Copyright by Mahidol University

2. ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนต่าง ๆ โดยเน้นทักษะในระยะของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Precondition ของ

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ซึ่งเป็นสถานที่เหมาะสมต่อการศึกษา แต่มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่บ้างแล้ว จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันมากนัก และทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการจับคู่ในเรื่องของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพเล็กน้อย จึงอาจส่งผลต่อผลการวิจัยได้

Copyright by Mahidol University

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH STROKE

ภารดี เหรียญทอง5437196 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ด. (อุดมศึกษา), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), วิชชุดา เจริญกิจการ, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในประเทศไทย ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 4 รองจาก โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจ (American Heart Association, 2013)โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการ และยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรของโลกทั้งด้านบุคคลและเศรษฐกิจอย่างมาก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2556 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลก และยังพบว่ามีอัตราการตายสูงในกลุ่มประชากรสูงอายุ และจากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2546-2555 สรุปได้ว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2555 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 31.7 ต่อประชากร 100,000 คน

โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่าในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญ อันดับ 3 ในผู้ชายรองจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุการจราจร และอันดับ 2 ในผู้หญิงรองจากโรคเอดส์ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรค

Copyright by Mahidol University

หลอดเลือดสมองนั้น ร้อยละ 70 จะมีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร ร้อยละ 30 จะมีความพิการและยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง ในการใช้งานของร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการอย่างเรื้อรังและรุนแรง โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตภายในหนึ่งเดือนหลังป่วย สองในสามที่เหลือเกิดความพิการอย่างถาวรหรือชั่วคราว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตกลายเป็นผู้ด้อยความสามารถ แต่มีจำนวนไม่น้อยที่อาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ความพิการรุนแรงมากน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ตำแหน่งขอบเขตของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย หรืออายุ เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง และก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ดังนั้นการป้องกันและรักษาจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะควบคุมโรคนี้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552) ภายหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ยังพบว่า จะเกิดความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะยังคงมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนไหว จากความพิการหลงเหลืออยู่ และจะเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา และเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งใหญ่ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง การได้รับความรู้ การสอน และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริการายงานว่า ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 750,000 คน มีจำนวนถึง 185,000 คน ที่กลับเป็นซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2013)และหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรค ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม หลีกอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2554) และพบว่า การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจะส่งผลให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลดลงอีกด้วย (Brynnigsem, Damsgaard,

Copyright by Mahidol University

&Husted, 2007) การเลือกรับประทานอาหารที่เพียงพอและเป็นประโยชน์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียวิตามินและเกลือแร่จากการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอและไม่สมดุลต่อความต้องการของร่างกาย (National Stroke Association, 2006)

การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ซึ่งการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้การฟื้นตัวของการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดียิ่งขึ้น (Resnick, Michael, Shaughnessy, Kopunek, Nahm, &Macko, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วย การออกกำลังกายหรือการทำกายภาพบำบัดทันที เพราะจะช่วยป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2550)

พฤติกรรมการรับประทานยา จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Carroll, Dennis, Johnson, &Sudlow, 2010)พฤติกรรมการขาดยายังเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการตายอีกด้วย (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, &Diener, 2003)และยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ญาติในการพามาพบแพทย์ ผู้ป่วยสูงอายุจึงไม่ยอมมาพบแพทย์ และเกิดพฤติกรรมการขาดยาและการหยุดยาเองตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องควบคุมดูแลสุขภาพร่างกายจากปัจจัยต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยังจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยผู้ป่วยสูงอายุควรจะต้องมีการเรียนรู้ และหาแนวทางในการปฏิบัติตัว มีการคิดและการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

การสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักรู้ถึงศักยภาพที่แท้จริงและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ซึ่งจะเกิดจากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ไขปัญหา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในตัวบุคคล (นิตย์ ทัศนิยม, 2545) ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนำการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นแนวทางเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พยาบาลมี

Copyright by Mahidol University

บทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม เป็นผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและจากสิ่งแวดล้อมมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งยังส่งผลให้ ผู้ป่วยสูงอายุภายหลังพ้นระยะวิกฤติมีภาวะขาดกำลังใจและพลังอำนาจในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการรับประทานยาเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระยะเวลาในการทำโปรแกรม 4 สัปดาห์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดพลังและกำลังใจ รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิด พิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและยังสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ยังจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

Copyright© by Mahidol University

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการคิดวิเคราะห์ ตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา ทำให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ขัดแย้ง และมีปัจจัยพื้นฐานเพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน และจะต้องอาศัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล คือ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการมีเป้าหมายของตัวผู้ป่วย จึงนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) คือ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดระบายความรู้สึก 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถของตนเองในการคิดพิจารณา ไตร่ตรอง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) การเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม โดยใช้เหตุผลของตนเองในการประกอบการตัดสินใจ เป็นวิธีที่ใช้แก้ปัญหาให้กับตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และได้พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และ4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ(Holding on)

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นให้บุคคลเกิดกระบวนการคิด พิจารณาปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเอง จะก่อให้เกิดความมั่นใจและเกิดพลังอำนาจในการที่จะจัดการกับปัญหาของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เป็นพฤติกรรมที่สำคัญกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังเกิดโรคแล้ว เพราะพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตัวเองได้มากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

Copyright by Mahidol University

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน มาใช้เป็นโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) โดยใช้วิธีการตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์สาเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรชาติ ชุมภู(2550) พบว่า การค้นพบสถานการณ์จริง การรู้จักตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้ค้นพบและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุ เกิดกระบวนการคิดว่าจะมีวิธีการใดในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) พบว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดออกมา จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากยิ่งขึ้น ขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) โดยใช้วิธีการสอดแทรกความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวให้กับผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง รวมถึงสร้างพันธะสัญญาในการปฏิบัติตัว และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน ทองศิริ (2553) พบว่า การสอดแทรกการให้ความรู้กับผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจมากขึ้น และขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาว่าโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่าง ๆ ได้หรือไม่ อย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi - experimental Research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตาราง Cohen (1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ระดับ 0.80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) คือ 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพก่อนเข้าสู่โปรแกรม ระยะที่ 2 การนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน โดยใช้แผ่นพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นสื่อประกอบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองต่อไป และระยะที่ 4 คือระยะประเมินผล

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและดูแล ได้แก่ โรคประจำตัว ร่างกายด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลที่บ้าน สิทธิในการรักษา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกมีความเครียด/วิตกกังวลหรือไม่ วิธีแก้ไขความเครียด/วิตกกังวลที่เกิดขึ้น

Copyright© by Mahidol University

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของจันทรา คงเจริญ (2554) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ นำไปความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.73 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการทำกายภาพบำบัดตามปกติ และผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test)

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post –test) ในสัปดาห์ที่ 4รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แจกแจงจำนวน ร้อยละ และค่าสถิติไค-สแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

Copyright by Mahidol University

ผลการวิจัย

1)ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65และเพศหญิง ร้อยละ 35อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 30ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 75รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท ร้อยละ 50 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 55เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 55 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 3-6 เดือน ร้อยละ 50และ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือภรรยา ร้อยละ 55 ใช้สิทธิ์ในการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิผู้พิการ ร้อยละ 60 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 100และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 65ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 60

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และเพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 60สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 45รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 65เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 100 และพบว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 70โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านคือบุตร/หลาน ร้อยละ 35 ใช้สิทธิ์ในการรักษาส่วนใหญ่คือ สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 40 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 100 และจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียด/ความวิตกกังวล ร้อยละ 55ซึ่งถ้าเกิดความเครียดจะมีวิธีแก้ไขโดยพูดคุยกับญาติ ร้อยละ 70

2) ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและด้านการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมี

Copyright by Mahidol University

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.24, SD = 0.31, $\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.40, $\overline{X}$ = 3.91, SD = 0.65 และ $\overline{X}$ = 4.85, SD = 0.29 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.99, SD = 0.16, $\overline{X}$ = 4.07, SD = 0.22 และ $\overline{X}$ = 4.93, SD = 0.15 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.18, SD = 0.45)

3) ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.41, SD = 0.13,$\overline{X}$ = 4.36, SD = 0.14, $\overline{X}$ = 4.09, SD = 0.24 และ $\overline{X}$ = 4.95, SD = 0.15 ตามลำดับ)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง

Copyright by Mahidol University

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 4.1) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart Association (2014) และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ American Heart Association (2013) ว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนรายได้ของครอบครัว 20,000 -30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าเป็นรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เพราะผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนในเรื่องของการรักษาคือใช้สิทธิคนพิการในการรักษาอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีณา ลิ้มสกุล (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ จากข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ American Heart Association (2013) และ กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) ที่กล่าวไว้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย

2. ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา (ตารางที่ 4.2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทำให้มีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวปฏิบัติของศูนย์สิรินธรฯ และทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับการทำกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโฉมพิไล นันทรักษา (2552) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรค

Copyright by Mahidol University

หลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคและระยะเวลาฟื้นฟูสภาพมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการดูแลตนเองดีขึ้น และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีผู้ดูแลที่บ้าน คือ ภรรยาและบุตรหลาน ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ได้รับการทำกายภาพบำบัดจากที่ศูนย์สิรินธรฯ และเห็นว่าเพียงพอแล้วจึงไม่ได้มีการนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน รวมถึงเกิดความไม่มั่นใจว่าเมื่อกลับไปบ้านแล้วจะสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมือนกับที่นักกายภาพบำบัดสอนหรือไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉราภรณ์พูลศรี (2553) ที่ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ออกกำลังกายเป็นเพราะ ผู้สูงอายุไม่แน่ใจว่าการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องตามหลักการหรือไม่ จึงงดการออกกำลังกายไป

3. ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 สมมติฐานการวิจัย 1: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งนี้ (ตารางที่ 4.3) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ โดยการเข้าไปพบและพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยท่าทางยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตร เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและเต็มใจที่จะเปิดเผยปัญหาและความรู้สึก ซึ่งสังเกตได้จากการพบและพูดคุยกับผู้สูงอายุในครั้งต่อไป จะพบว่าผู้สูงอายุสามารถจดจำผู้วิจัยได้ แสดงท่าทีเป็นมิตรกับผู้วิจัย และผู้สูงอายุกล้าที่จะบอกปัญหาของผู้สูงอายุต่อผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดี

Copyright by Mahidol University

เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ เป็นสิ่งสำคัญ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เพื่อเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุได้คิด วิเคราะห์ และค้นพบว่า อะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ (Beliefs) และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจะต้องทำอย่างไรจึงจะหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ (Experience) ผู้สูงอายุเรียนรู้แหล่งสนับสนุนของตนเอง (social support) รู้ว่าตัวผู้สูงอายุเองยังมีคุณค่าต่อลูกหลานและบุคคลรอบข้าง (Values) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมายในการรักษาตัวครั้งนี้ (Commitment) ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering Reality) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าใจและตระหนักถึงสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุบอกว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้มาจากโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่ไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหาร และผู้สูงอายุบางรายไม่ได้มีการควบคุมการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรชาติ ชุมภู (2550) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การค้นพบสถานการณ์จริง การรู้จักตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้ค้นพบและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) พบว่า กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้คิดหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดออกมา จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยายามปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกและให้พันธะสัญญาไว้กับผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน ทองศิริ (2553) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงโดยคู่สมรส โรงพยาบาลแม่จริม จังหวัดน่านซึ่งพบว่าการสอดแทรกการให้ความรู้กับผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติ

ตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติ

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของไมเคิล (Michael, 2011) ที่ศึกษาการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น โดยต้องใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจ เกิดกระบวนการจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบทความของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Association of Southern California, 2014) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะทำให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตและเกิดกำลังใจในการเรียนรู้เพื่อเกิดทักษะในการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Honne และคณะ (2011) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ใช้วิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่จะช่วยสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมในด้านต่างๆ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายจากคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเลือกวิธีการปฏิบัติได้ถูกต้อง ตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา คงเจริญ (2554) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำให้คะแนนพฤติกรรมด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น

Copyright by Mahidol University

3.2 สมมติฐานการวิจัย 2: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ผลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.4) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ได้รับการทำกายภาพบำบัดและคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามปกติของศูนย์สิรินธรฯนั้น อาจไม่ทำให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม และไม่ได้รับการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัว ตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจที่กลุ่มทดลองได้รับ ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร สมศรี (2549) ที่ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า หลังผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการปรับตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภู่ระย้า (2551) ที่ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลดีกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

และสอดคล้องกับการนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันมาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ดังนี้ การศึกษาของ Okanovic และคณะ (2004) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ มีคุณภาพชีวิต และการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 2 ต่อผลการรักษาทางคลินิกและ การมารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีผลการรักษาทางคลินิค ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright© by Mahidol University

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรคได้ดี และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวมากขึ้น โดยการนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปใช้ในช่วงของการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สอดแทรกตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนต่าง ๆ โดยเน้นทักษะในระยะของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Precondition ของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ซึ่งเป็นสถานที่เหมาะสมต่อการศึกษา แต่มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่บ้างแล้ว จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันมากนัก และทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการจับคู่ในเรื่องของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพเล็กน้อย จึงอาจส่งผลต่อผลการวิจัยได้

Copyright by Mahidol University

THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH STROKE

PARADEE LEANGTHONG 5437196 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE:VILAIVAN THONGCHAROEN, Ph. D. (HIGHER EDUCATION), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), VISHUDA CHAREONKITKARN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and significance

Stroke has become a public health problem all over the world and has become an emergent issue in Thailand. In the United States of America, stroke has become the fourth leading cause of death following heart disease, cancer, and respiratory disease (American Heart Association, 2013). Stroke is also a disease commonly found among older persons. Stroke causes disabilities and is a drain on human resources and economies worldwide (Puangwarin, 2011).

According to the Board of Non Communicable Diseases under the Disease Control Department, it was found that in 2013, stroke became a major cause of death in the world, especially among older persons. The Bureau of Policy and Strategy summarized that from 2003 to 2012, the rate of death caused by stroke increased continuously. In 2012, 31.7 per 100,000 people died of stroke.

In Thailand, stroke is the third leading cause of death in males, following AIDS and traffic accidents, and second in females, second only to AIDS. Seventy percent of stroke patients have speech and communication problems, while 30 percent suffer from disabilities. Stroke also has a profound impact on the patient's family,

Copyright by Mahidol University

community, and the nation. Stroke causes imparities in physical functions causing damages or incapacity in carrying out routine activities (Harnpadungkij, 2007).

Stroke causes chronic and severe disabilities. One in three stroke patients die within 1 month of having a stroke, while the remaining two in three are left with permanent or temporary disabilities. Most patients who survive are incapacitated. Many, however, see improvements and eventually are able to regain the ability to live normal lives. Severity of disabilities depends on various factors including the area of damage the stroke had caused or age of the patient. (Puangwarin, 2011). As stroke is a severe and long-term disability causing disease, prevention and treatments are especially important in controlling and preventing complications that may occur (Thammasaroj, 2009). After the critical period following a stroke, it has been found that patients tend to end up with a form of disability for the rest of their lives, hindering their ability to carry on with normal physical functions and movements, and many times causes psychological effects. Once patients return home, they must face with major adjustments. Many patients are faced with the inability to help themselves, awareness, teaching, and creating influence. Therefore, it is a crucial for patients to have good health habits in preventing a recurrence.

Literature review revealed that stroke patients have a chance of suffering another stroke. Data in the United States of America shows that among 750,000 patients, as many as 185,000 patients suffer another stroke (American Heart Association, 2013). And if the patient does not behave or adjust to a more appropriate health behavior, lacks control of risk factors, over time, they may suffer a recurrence, which may lead to death or more severe disability (Prasat Neurological Institute, 2007).

Therefore, prevention of stroke is very important, which can be done by changing health behaviors. Stroke patients should adopt appropriate eating habits and avoid eating foods that put them at higher risk of disease such as avoiding salty and high fat foods, and consuming more fruits and vegetables (Hirankror, 2014). It has been found that not eating enough may cause malnutrition in stroke patients and may also affect the recovery of muscles (Brynnigsem, Damsgaard, &Husted, 2007). Eating enough and eating right are very important for stroke patients as stroke patients may lose important vitamins and electrolytes in not eating enough and having an unbalanced diet. (National Stroke Association, 2006).

Copyright by Mahidol University

Exercise is another major preventive behavior which can help stroke patients recover from a stroke. An appropriate rehabilitation program may help the patient recover physical functions and increase muscle strength. Regular exercise has been found to help stroke patients recover after suffering a stroke (Resnick, Michael, Shaughnessy, Kopunek, Nahm, &Macko, 2008). Literature review revealed that within the first 24 and 48 hours after suffering a stroke, patients should receive proper rehabilitation with exercise or physical therapy as it prevent atrophy and joint stiffness (Chaisevikul, 2007).

Taking medication is also another major contributing factor of a stroke recurrence (Carroll, Dennis, Johnson, &Sudlow, 2010). Insufficient intake of medication is a major cause of blood clots and death (Hamann, Weimar, Glahn, Busse, &Diener, 2003). It has also been found that most stroke patients who are older persons will have numerous physical and mental problems which cause the patients to believe that they are a burden to their relatives in having to be taken to doctor appointments. As such, older patients have been found to have a tendency to avoid doctor's appointments and adopt the bad behavior of missing medication and may even stop taking medication altogether (Asantachai, 2013).

Therefore, health behavior is a major contributor to how stroke patients carry on with their daily lives, as stroke is a disease which requires special care of the body and many factors such as eating habits, exercise, and proper medication to prevent recurrences and promoting for older patients to adopt good health habits. Older patients should learn and adopt behaviors, thinking, and choices appropriate to their health conditions.

Gibson's empowermentmodel (Gibson, 1995) is a process of raising an individual's awareness of their problems and true cause of their problems, as well as realizing their actual capacity and limitations in changing or solving such problems. Such a process will lead to an evaluation of the circumstance, behavior, and cooperation in solving problems. It is a learning process which occurs within an individual (Tasaniyom, 2002) in gerontological nursing for older stroke patients, whereby empowerment is adopted as a guideline to promote appropriate health behaviors for the older patients. Nurses play a crucial role in promoting empowerment among older patients as assistants, supporters, promoters, teachers, advisors, and

Copyright by Mahidol University

facilitators for older patients to empower themselves from within or by observing their environments.

Literature review has also revealed that stroke causes tremendous physical and mental changes in older patients, as well as affecting their confidence and empowerment in their daily lives and carrying out daily routines. There has not been a study on the effects the older patients' eating habits, exercise, and medication discipline. As such, the researcher has found interest in apply the Gibson's concept of empowerment to older stroke patients, In four weeks of empowerment concept may help older patients restore confidence, and helping the older patients develop a thought process and evaluation of the problems that had occurred, and seek appropriate solutions to solve a problems to help themselves. The empowerment model may also help the older patients adopt a sense of influence and self-confidence, which may lead to improved health behavior after suffering a stroke.

Research Objectives

1. Compare health behaviors of older stroke patients before and after receiving the empowerment program

2. Compare health behaviors after entering the empowerment programof older stroke patients who received the empowerment program and older stroke patients who did not receive the empowerment program.

Hypothesis

1. Average scores of health behavior of older stroke patients who received the empowerment program is higher than scores before receiving the program.

2. Average scores of health behavior after entering the empowerment program of older stroke patients who received the empowerment program is higher than scores of those who did not receive the empowerment program.

Copyright by Mahidol University

Conceptual Framework

This research was the study of the results of the empowerment program on health behavior of older stroke patients, based on the empowerment concept of Gibson CH (Gibson, 1995).

The empowerment concept of Gibson CH (Gibson, 1995) is a process which focuses on the positive interactions between the nurse and the patient in which there is cooperation and participation in exchanging of information and feelings which lead to an evaluation and realization of the problems and their causes. The empowerment process will occur when the patient is frustrated, conflicted, and has the foundation of factors promoting empowerment which are determination, love, and relationship. Empowerment also relies on factors influential to the individual which are beliefs, values, personal experiences, social support, and goals set by the patient. Such are needed to initiate empowerment which comprises the following 4 stages: 1) Discovering reality – the older person realizes the reality of what has happened to him or her according to the circumstance of his or her chronic health condition, whereby the nurse would open the opportunity for the older person to speak out about his or her feelings, 2) Critical reflection – the older person receives support to rely on his or her own ability to critically reflect and understand the situation, 3) Taking charge – the older person chooses what he or she thinks is most appropriate for themselves by using their own judgment to solve their own problems, satisfy their own needs, and develop problem solving skills, and essentially empowering themselves and 4) Holding on.

The empowerment concept of Gibson CH is a concept appropriate for older stroke patients as it is a concept which focuses on promoting the individual to initiate a thinking process, problem evaluation, and choosing to act on their own, which will create confidence and empowerment to solve their own problems by adopting the appropriate health behaviors.

Health behaviors in terms of eating habits, exercise, and medication discipline are behaviors of the older stroke patients after having suffered a stroke. The 3 health behaviors are the most important determinants of the older stroke patients' health condition, ability to care for themselves, and quality of life.

Copyright by Mahidol University

The researcher is interested in applying the empowerment concept of Gibson CH as the empowerment program for health behavior of older stroke patients,

whereby the 4 stages are adjusted to be applied to older stroke patients. Stage 1: Discovering reality – whereby the research set up questions for the older persons to initiate an analytical thinking process about the current problem. This was in line with the study done by Chumphu (2007) the study found that discovering reality and self-awareness lead the older persons to discover and accepted the reality of their circumstances.Stage 2: Critical reflection – whereby the researcher used questions for the older stroke patients to initiate a thought process about the methods of solving their problems. This was in line with the study done by Somsri (2006) the study found that stimulation for the patients to critically reflect led the patient to better understand the problems and their causes. Stage 3: Taking charge – the stage in which the researcher used distribution of correct knowledge and understanding about stroke disease and of appropriate conduct to the older persons. The older persons were allowed to choose the appropriate conducts for themselves, as well as committing to such conducts. A manual of conduct for older persons were also distributed. This was in line with the study done by Tonsiri (2010) the study found that distribution of knowledge to the patients contributed to the patient's analytical thinking about themselves in context of the reality of their circumstances and empowered them. Stage 4: Holding on – the researcher gave encouragements to the older stroke patients to give them confidence and moral support in conducting themselves as they had committed themselves to doing consistently, as a way of holding on to effective conducts, which was in line with the study done by Sukpattanasrikul (2013) it was found that patients were more confident and determined after entering the empowerment program. The results of the empowerment program will be studied to evaluate its ability to change the older stroke patients' health behaviors namely eating habits, exercise, and medication discipline.

Research Methodology

This study is a quasi-experimental research of two group pre-post test design to study the effects of the empowerment program on health behaviors of older stroke patients.

Copyright by Mahidol University

Sample group

The sample group in this study was older stroke patients who have received physical therapy at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, selected to be part of specific groups. Sample size was calculated by using Cohen's table (Cohen, 1988), setting statistical significance at $\alpha = .05$, with the power of test at 0.80 and effect size at 0.80, which is a large effect size. The final calculated sample size was 40 subjects divided into 2 groups of 20 subjects.

Set 1: group selection toolswere initial evaluation forms in Thai language (MMSE-Thai 2002).

Set 2: testing tools included

Part 1: empowerment program created by the researcher according to the empowerment concept of Gibson CH (Gibson, 1995) comprising of 4 steps including 1) creating a relationship before entering the program, 2) preparing to enter the empowerment process and evaluating factors which may affect empowerment, 3) initiating the 4-stage empowerment process by using flip cards and manual of conduct for older stroke patients as media supplementing empowerment. The manual had been reviewed by three honorary persons for content relevance and was edited according to the advice of the 3 honorary advisors before being tested by older stroke patients similar to the sample group, to further evaluate understanding of the content for further editing before being applied to the real experiment, and 4) evaluation.

Set 3: data collection tools comprised:

1. General information questionnaire :

General information including age, gender, marital status, religion, education, profession prior to current illness, household income per month, source of income.

Information about the patient's illness and care including congenital disease, physical weaknesses, period of illness with stroke, period of physical therapy, caregiver at home, medical privileges, behavior and conduct since discovering illness, feelings of stress or worry during the current period of illness, ways of dealing with stress/worry.

Copyright by Mahidol University

2. Questionnaire of health behaviors of older stroke patients adjusted from the questionnaire of patients with hemiparalysis of Kongcharoen (2011), which comprised 25 questions. The questionnaire was evaluated for content relevance by 3 honorary advisors and had the Content Validity Index (CVI) of 0.73. Reliability test was conducted by the researcher by testing with a group of 10 older stroke patients with characteristics similar to the actual sample group, after which Cronbach's alpha coefficient was calculated to be 0.72.

Data collection

Control Group

The researcher conducted a pre-test with the sample group about general information and information relevant to health behaviors of the older stroke patients. Thereafter the sample group received normal physical therapy and the researcher made an appointment with the older person on the 4th week to conduct a post-test.

Experimental group

The researcher conducted a pre-test with the sample group about general information and information relevant to health behaviors of the older stroke patients. Thereafter, the experimental group entered the empowerment program, whereby the researcher met with each subject 5 times for 30-45 minutes each and conducted a post-test on the 4th week. The total period of testing was 4 weeks.

Data analysis

A general data analysis of the sample group was conducted by descriptive statistics including frequency, percentage, and Chi-square. Comparison of average score of health behavior of older stroke patients before and after entering the empowerment program in the experimental group and control group was conducted by using the dependent t-test. Comparison of average score of health behavior of older stroke patients before and after entering the empowerment program between the experimental group and the control group was conducted by independent t-test.

Copyright by Mahidol University

Results

1) Characteristics of personal information of sample group

Populate characteristics of both sample groups are no different. Older stroke patients in the experimental group comprised 65% males and 35% females; 50% of which were of the ages of 60-69 years, and the other 50% was between the ages of 70-79 ages; 90% of which were married; all were Buddhists (100%); 30% finished primary and secondary school; most were housewives or househusbands (75%); 50% had average household income of 20,000-30,000 baht per month; most prevalent income source is family member (55%); 100% said they had sufficient income; 90% had hypertension; 55% suffered from weakness on the left side of the body; 65% had lived with stroke for more than a year; 50% received physical therapy for 3-6 months, while 45% received physical therapy for more than 1 year; 55% were cared for by their wives; 60% used health privilege as a disabled person; all subjects consulted a physician every time they fall ill; 65% were not stressed/worried about the current illness; while 60% choose to talk to relatives when experiencing stress.

In the control group, 60% males and 40% females; 60% of which were of the ages of 70-79 years; 80% of which were married; all were Buddhists (100%); 50% finished primary school; most were housewives/husbands (45%); 30% had average household income of more than 30,000 baht per month; most prevalent income source is family member (65%); 100% said they had sufficient income; 90% had hypertension; 70% suffered from weakness on the left side of the body; 75% had lived with stroke for more than a year; 50% received physical therapy for more than 1 year; 35% were cared for by their children/grandchildren; 40% used health privilege as a disabled person; all subjects consulted a physician every time they fall ill; 55% were not stressed/worried about the current illness; while 70% choose to talk to relatives when experiencing stress.

2) Health behavior characteristics of sample group prior to entering empowerment program.

The control and experimental groups had differences in health behaviors both overall and in exercise before entering the empowerment program with statistical significance ($p < .05$ and $p < .001$, respectively), but had no differences in eating habits and medication discipline with statistical significance ($p < .05$). The control

Copyright by Mahidol University

group displayed a high level of overall health behavior, eating habits, exercise, and medication discipline ($\bar{X}$= 4.24, SD = 0.31,$\bar{X}$= 4.15, SD = 0.40,$\bar{X}$= 3.91, SD = 0.65 and$\bar{X}$= 4.85, SD = 0.29, respectively). In the experimental group, overall health behavior, eating habits and medication discipline were at a high level ($\bar{X}$= 3.99, SD = 0.16,$\bar{X}$= 4.07, SD = 0.22 and$\bar{X}$= 4.93, SD = 0.15, respectively), while exercise behavior was at a medium level ($\bar{X}$= 3.18, SD = 0.45).

3) The effect of empowerment on health behaviors in older stroke patients

Older stroke patients who entered the empowerment program had higher scores for overall health behavior, eating habits, and exercise with statistical significance ($p < .001$). Medication discipline did not differ with statistical significance ($p < .050$). While it was found that prior to the experiment, the sample group had high scores for overall health behavior, eating habits, and medication discipline, while scores for exercise were at a medium level, it was found that all scores after the experiment were higher for overall health behavior, eating habits, exercise, and medication discipline ($\bar{X}$= 4.41, SD = 0.13,$\bar{X}$= 4.36, SD = 0.14,$\bar{X}$= 4.09, SD = 0.24and$\bar{X}$= 4.95, SD = 0.15, respectively).

Older stroke patients who entered the empowerment program had higher scores for overall health behavior and eating habits than the group that did not enter the empowerment program with statistical significance ($p < 0.05$). Scores for exercise and medication discipline were not different with statistical significance ($p < .05$). It was found that both the control and experimental groups still had high scores for overall health behavior, eating habits, exercise, and medication discipline.

Discussion

1. Characteristics of personal information of sample group

Copyright by Mahidol University

The sample group in this study was older stroke patients who received regular physical therapy at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre. The

results of this study (Table 4.1) revealed that most older persons in the control and experimental groups were between the ages of 70-79 years, which was the age group in which most stroke cases are found, which is in line with disease prevalence data of the American Heart Association (2014). Most subjects were males and finished primary school, which was in line with data of the American Heart Association (2013), which showed that males had higher risks of stroke than women. The fact that most subjects said average household income of 20,000 – 30,000 baht per month was sufficient, as they had received medical privileges as disabled persons for treatments was in line with the study of Limsakul (2002), which studied the effects of a family support program on the ability of older stroke patients to adjust. The study found that family income was economic stability which made the subjects feel secure in life. In addition, it also allowed them to seek sources of health benefits. Data of illnesses and treatments also revealed that most subjects had hypertension, which was in line with the American Heart Association (2013) and Pajree (2007) who wrote that hypertension was the most significant factor leading to stroke, and that most patients had weakness on their left side.

2. Health behaviors of sample group prior to entering the program

Data of health behaviors of both the control and experimental groups prior to the experiment (Table 4.2) revealed that both groups had high scores for overall health behaviors, eating habits, exercise, and medication discipline as both groups were patients of the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, which meant they had continued access to physical therapy, advise on conduct and health behavior, according to guidelines of the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre. This may be the result of the fact that both groups had been stroke patients for more than 1 year, and had received physical therapy for more than 1 year, which was in line with the study of Nantarasa (2009) on hope in recovering stroke patients. The study found that stroke patients, who had suffered a long period of illness and had a long period of rehabilitation of more than 3 months, had improved exercise behavior and care of themselves. It was also possibly due to the fact that subjects of both groups were cared for at home by their wives or children/grandchildren, who can care for their diet and medication. As for exercise, the experimental group had medium scores, which may

Copyright by Mahidol University

be due to the fact that older persons in the experimental group received physical therapy at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre and may have perceived that as sufficient, so they did not feel the need to exercise at home. That and perhaps the patients were not confident in their abilities to exercise correctly at home, when physical therapists were no longer present. Such was in line with the study done by Poolsri (2010) on the development of clinical guidelines to promote exercise in older persons with diabetes. The diabetes clinic at Phanga Provincial Hospital found that older persons with diabetes did not exercise because they were uncertain that they could exercise correctly.

3. Effects of empowerment on health behaviors of older stroke patients.

3.1 Hypothesis 1: average score of health behavior of older stroke patients who received the empowerment program is higher than before receiving the program.

When comparing the average scores of health behaviors of older stroke patients before and after entering the empowerment program (Table 4.3) it was found that older stroke patients had higher scores of health behaviors after entering the empowerment program with statistical significance $p < 0.001$, which affirmed the hypothesis. This demonstrated that the empowerment program was effective in older stroke patients, which was a result of creating a relationship with the older persons by meeting and talking with the older persons with smiles and a friendly attitude to gain the trust of the older persons who will then reveal their problems and feelings. It was observed in the meeting and talking with older persons the next time that the older persons will remember the researcher, demonstrate friendly behavior with the researcher, and share their problems with the researcher, which was in line with the study of Sukpattanasrikul (2013) on an empowerment program on awareness of the capacity to provide self-care in older persons with hypertension. The study found that establishing a good relationship with the older persons contributed to a warm and relaxed atmosphere of trust, which was important for older persons in feeling comfortable to enter into an empowerment program, in which the researcher will set up questions for the older persons to think, analyze, and discover the beliefs

Copyright by Mahidol University

and experiences in the cause of the illness and their respective treatments. The older persons realize their social support and values, which contributed to their commitment. Such were the result of the empowerment concept of Gibson CH (Gibson, 1995), which comprised 4 stages including:

Stage 1: Discovering reality –It was found that older stroke patients understood and realized the problems and their causes. Most older persons indicated that the causes of their current stroke condition was their chronic disease, which was hypertension, poor eating habits, and some older persons had poor hypertension medication discipline. This was in line with the study done by Chumphu (2007) on the effect of empowerment on exercise behavior in older persons at Waitongniwes Nursing Home in Chiang Mai Province. The study found that discovering reality and self-awareness lead the older persons to discover and accepted the reality of their circumstances.

Stage 2: Critical reflection –It was found that this process helped the older stroke patients with thinking of ways or methods of solving their problems and their causes for themselves, which was in line with the study done by Somsri (2006) on the effects of empowerment on adjustment in hemiparalysis patients. The study found that stimulation for the patients to critically reflect led the patient to better understand the problems and their causes.

Stage 3: Taking charge –It was found that the sample group tried to conduct themselves according to the guidelines they had chosen and made a commitment with the researcher for, which was in line with the study done by Tonsiri (2010) on the effectiveness of empowerment programs on change of thinking in decreasing depression in women who were attacked by their spouse at Mae Jrim Hospital in Nan Province. The study found that distribution of knowledge to the patients contributed to the patient's analytical thinking about themselves in context of the reality of their circumstances and empowered them.

Stage 4: Holding on – the researcher gave encouragements to the older stroke patients to give them confidence and moral support in conducting themselves as they had committed themselves to doing consistently, as a way of holding on to effective conducts, which was in line with the study done by Sukpattanasrikul (2013) on empowerment on an empowerment program on awareness

Copyright by Mahidol University

of the capacity to provide self-care in older persons with hypertension. It was found that patients were more confident and determined after entering the empowerment program.

The results of this study were in line with Michael's study (Michael, 2011) on the improvement of quality of life for stroke patients, which relied on empowerment to assist the patients in feeling confident, initiating management and problem solving process. This was in line with a research study of stroke patients (Stroke Association of Southern California, 2014) which found that patients and their respective families who received empowerment felt more encouraged in living their lives and had felt they had more moral support in learning to create skills in recovering. The same was true for the study done by Honne, Ton, and Esther (2011), which conducted a systematic review of literature concerning the experiences of stroke patients in recovery. The study found that empowerment was a process which helped increase moral support for the patients in recovery.

The effects of entering the empowerment program on various behaviors can be discussed as follows:

Eating habits and exercise after the empowerment program in the experimental group were higher with statistical significance $p < 0.05$. Entering into the empowerment program helped the experimental group learn more about eating habits and exercise from the manual created by the researcher, helping them to choose the correct conducts as they were committed to, which was in line with the study of Kongcharoen (2011) on the empowerment program on health behaviors and disease control in hemiparalysis patients. The study found that hemiparalysis patients after the empowerment program had better health behaviors than before entering the program with statistical significance.

As for medication discipline, it was found that after entering the empowerment program, the experimental group had slightly higher scores for medication discipline. It may have been due to the fact that the group was patients who received regular treatments, which led them to have consistent medication discipline with physicians.

Copyright by Mahidol University

3.2 Hypothesis 2: Average score of health behavior after entering the empowerment programof older stroke patients who received the empowerment program is higher than those who did not receive the empowerment program.

When scores of health behaviors after entering the empowerment program in older stroke patients in the experimental group were compared with the scores of the group which did not enter the empowerment program (Table 4.4), it was found the older stroke patients who entered the empowerment program had higher scores for overall health behaviors than the group which did not enter the program with statistical significance $p < 0.05$, which affirmed the hypothesis. This demonstrated that the group that did not enter the program, but received regular physical therapy and advise on proper conducts at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, may not have been initiated to critically think about the causes and proper conducts, and may not have been taught knowledge about appropriate eating habits and conducts as the group that entered the empowerment program had received. The program helped the older persons to adjust their health behaviors in eating habits and exercise, which was seen in the lack of improvements in the pre- and post-test scores for the group that did not enter the program, which was in line with the study done by Somsri (2006) on the effects of empowerment on adjustment in hemiparalysis patients. It was found that hemiparalysis patients who participated in an empowerment program had improved behaviors compared to before the program. This was also in line with the study done by Phuraya (2008) on the effects of empowerment on caregivers, whereby the family was involved in learning caregiving and behavior of caregivers of stroke patients. It was found that caregivers who entered an empowerment program had better caregiving ability and behavior than prior to entering the empowerment program.

This was also in line with applying Gibson's empowerment program to patients of other diseases in the study done by Okanovic, et al., (2004) on the effects of an empowerment program on the quality of life and blood sugar levels in diabetes patients. The study found that diabetes patients who entered an empowerment program together with knowledge learning, had improved quality of life and control of blood sugar levels than the group that did not enter an empowerment program. This

Copyright by Mahidol University

was in line with the study of Wong, et al., (2014) on the effects of empowerment in type 2 diabetes patients on the effects of clinical treatments and receiving health services. The study found that the patients who entered an empowerment program had better clinical treatment results than the group that did not enter the program with statistical significance.

Recommendations

1. The empowerment program should be applied to older stroke patients who receive regular treatments at hospitals to help older stroke patients receiving treatment at hospitals to have better health behaviors and conducts after suffering stroke, and to be more confident in conducting themselves. The empowerment program should be applied in discharge planning, and even better at the beginning of receiving treatment at the hospital.

2. There should be training seminars on the various steps of the empowerment program focusing on the skills in the step of creating a relationship with the patient, and preconditioning the patient for the empowerment process for nurses, to give nurses proper knowledge and skills in assisting patients with empowerment.

Further studies

There should be further studies on the effects of empowerment programs on older patients with other chronic diseases to compare the effects of empowerment programs.

Limitations

1. As the data in this study were collected at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, although an appropriate location of study, the location was limited in that the sample group already had a foundation of knowledge on proper

Copyright by Mahidol University

conduct, which may have contributed to the lack of difference in the results of both groups, and therefore limiting the application of the results of this study.

2. As this study was a quasi-experimental research, in which the researcher did not pair scores of health behaviors from the beginning, it may have affected the results of both groups to have slight differences, and the results of the entire study as a whole.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพลส.

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*(หน้า 59-76). กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพลส.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จิรชาติ ชุมภู. (2550). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทรา คงเจริญ. (2554). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.

โฉมพิไล นันทรักษา. (2555). *ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดวงเดือน ทองศิริ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงโดยคู่สมรส โรงพยาบาลแม่จริม จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตย์ ทัศนิยม. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 25*(2), 103-114.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

Copyright by Mahidol University

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุษบา จินดาวิจักษณ์. (2556). ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ใช้อย่างไร. 23 กันยายน 2556. http://phamacy.mahidol.ac.th

บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. (2554). การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ. ใน งามจิตร จันทรสาธิต (บรรณาธิการ), *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ:เดอะซัน กรุ๊ป.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประภัสสร สมศรี. (2549). *ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2. 23 กันยายน 2556. http://www.si.mahidol.ac.th

ปิติกานต์ บูรณาภาพ. (2552). *คู่มือดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต*. กรุงเทพฯ:วิทยสถาน.

ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2550). ปัญหาของแขนและมือ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*(หน้า 129-158).กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพลส.

พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2552). โรคหลอดเลือดสมอง ใน *ประสาทวิทยาทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 61-97) กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

พะนอ เตชะอธิก. (2541). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2550). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยา. 23 กันยายน 2556.http://www.nurse.tu.ac.th

รังสรรค์ ชัยเสวิกุล. (2550). การรักษาทางอายุรกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*(หน้า 35-58).กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพลส.

รัชนีพร คนชุม. (2547). *ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วย*

Copyright© by Mahidol University

มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วีณา ลิ้มสกุล. (2545). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. *คู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร.

ศรีรัตน์ คุ้มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมคิด ปุณะศิริ. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกองการพยาบาล, 36*(3), 47-57.

เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล. (2556). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรถพงศ์ เพ็ชร์สุวรรณ์. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อรัมย์ เจษฎาญานเมธา. (2556). หลักการใช้ยาบำบัดในโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน. 23 กันยายน 2556.http://slideshare.net

อัจฉราภรณ์พูลศรี. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Copyright by Mahidol University

อัมราภรณ์ ภู่ระย้า. (2551). *ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2537). *เอกสารประกอบคำบรรยายแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

American Heart Association. (2013). Heart Disease and Stroke Statistics – 2013 Update. *American Heart Association, 127,* e6-e245.

American Heart Association. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics – 2014 Update. *American Heart Association, 1,* 1-44.

Brynningsem, P. K., Damsgaard, E. M. S., & Husted, S. E. (2007).Improved nutritional status in elderly patients 6 months after stroke.*J Nutr Health Aging, 11,* 75-79.

Carroll, R. O., Dennis, M., Johnson, M., &Sudlow, C. (2010). Improving adherence to medication in stroke survivors (IAMSS): a randomized controlled trial: study protocol. *BMC Neurology, 10,* 1-9.

Fraas, M. R. (2011). Enhancing Quality of life for Survivors of stroke Through Phenomenology.*Top Stroke Rehabil*, *18(1),* 40-46.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16,* 354-361.

Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21,* 1201-1210.

Hamann, G. F., Weimar, C., Glahn, J., Busse, O., &Diener, H. C. (2003). Adherence to Secondary Stroke Prevention Strategies – Results from the German Stroke Data Bank. *Cerebrovascular Diseases, 15,* 282-288.

Hawks, J. H. (1992). Power: A conceptanalysis. *Journal of Advanced Nursing, 16*(6), 754-762.

Hee – Kyung, K., &Haejung, L. (2008).Effect of Empowerment Program on Rehabilitation Motivation, Depression, Activities of Daily Living Among the Patients with Stroke.*J Korean Acad Adult Nurs*,*20*(3), 406-417.

Copyright by Mahidol University

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavirol Science*. (2nd ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Katula, J. A., Sipe, M., Rejeski, W. J., &Focht, B. C. (2006). Strength Training in Older Adults: An Empowering Intervention. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *38*(1), 106-111.

Lin L.C.,Wang S.C.,Chan S.H.,Wang T.G.,Chen M.Y.,&Wu, S.C.(2003).Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advanced Nursing, 44(5),* 469-478.

Okanovic, M. P., Prasek, M., Filipovic, T. P., Renar, I. P., &Metelko, Z. (2004). Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling, 52,* 193-199.

Resnick, B., Michale, K., Shaughnessy, M., Kopunek, S., Nahim, E. S., &Macko, R. F. (2008). Motivators for Treadmill Exercise After Stroke. *Top Stroke Rehabil, 15*(5), 494-502.

Rodwell, C. M. (1996).An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 23*(2), 305-313.

Shearer, N. C. B., Cisar, N., & Greenberg, E. A. (2007). A telephone – delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung, 36*(3), 159-169.

Stroke Association of southern California. (2014). Guidance for Stroke Prevention and Recovery: Empowerment after stroke. Retrieved May 9, 2014. From http://www.strokesocal.org

National Stroke Association. (2006). Recovery After Stroke**:** Healthy Eating. Retrieved September 10, 2013.from http://www.stroke.org

Wong, C. K. H., Wong, W. C. W., Lam, C. L. K., Wan, Y. F., Wong, W. H. T., Chung, K. L., &et al. (2014). Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: An Observational Matched Cohort Study. *Plos ONE, 9(5),* 1-10.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ

ส่วนที่ 2 แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แผ่นพลิกประกอบการสอน

ส่วนที่ 4 คู่มือให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Copyright by Mahidol University

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (5 คะแนน)	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	คะแนน
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)	(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	…….	☐
1.2 วันนี้วันอะไร	…….	☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	……..	☐
1.4 ปีนี้ปีอะไร	……..	☐
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	……..	☐

2. การรับรู้สถานที่ (5คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

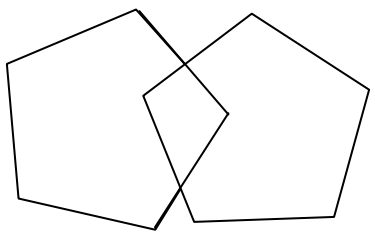
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร <u>และ</u>...ชื่อว่าอะไร	……	☐
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....……..	☐
2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร	.....……	☐
2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....……..	☐
2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร	……	☐

.

.

11. การทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



……..…… ☐

Copyright by Mahidol University

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ

ครั้งที่1 (สัปดาห์ที่1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ให้เจ้าหน้าที่คลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจรักษา และการสอนกายภาพบำบัดจากคลินิกกายภาพบำบัด ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามโปรแกรมปกติ เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ โดยแบ่งระยะการพบผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ใช้เวลาประมาณ 15-30นาที โดยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ หลังจากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากผู้ป่วยยินยอมและเข้าใจวัตถุประสงค์ดีแล้ว ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่แบ่งเป็นด้านการรับประทานอาหารจำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ รวม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

Copyright by Mahidol University

ระยะที่ 2 ระยะ Pre condition

เป็นระยะที่เป็นการสร้างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจ เช่น ความรัก ความเชื่อ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยใช้คำถามเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 20-30 นาที

"คุณลุง/คุณป้าเชื่อว่าสาเหตุครั้งนี้เกิดจากอะไรคะ"(Beliefs)

"คุณลุง/คุณป้าเคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างไรบ้างคะ" (Experience)

.

.

สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เน้นย้ำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักว่าตนเอง คือ ผู้ที่สำคัญที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสร้างพันธะสัญญาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Commitment) และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2(สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งแรก 3 วัน

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที เป็นการค้นพบสภาพปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน โดยส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก บอกเล่าถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง กิจกรรมครั้งนี้เป็นการกระตุ้นและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นพบสภาพปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้คำถามดังนี้

"คุณลุง/คุณป้ารู้สึกอย่างไรบ้างคะเมื่อเป็นโรคนี้"

.

.

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการคิดพิจารณาไตร่ตรอง เพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง โดยใช้การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ดังนี้

Copyright by Mahidol University

"คุณลุง/คุณป้า คิดว่าที่ผ่านมาพฤติกรรมสุขภาพของเราเป็นอย่างไรบ้างคะ"

"คุณลุง/คุณป้า คิดว่าเราควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดกันบ้างคะ"

ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 3 วัน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมะสมกับตนเอง (Taking charge) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยใช้การให้ข้อมูลความรู้และแนะนำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามแผนการสอน โดยใช้แผ่นพลิก เรื่องความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด โดยใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ เกิดการยอมรับในการตัดสินใจด้วยตนเอง (self determination) เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา พัฒนาความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ร่วมกันหาแนวทางและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและเป็นผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ โดยใช้คำถามดังนี้

"ภายหลังจากที่เราได้ทราบถึงปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแล้วนะคะ อยากให้คุณลุง/คุณป้า ลองเล่าให้ฟังหน่อยค่ะว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง"

.

.

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ป่วยโดยใช้การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัว

ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยอีกครั้งและทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในวิธีการปฏิบัติที่ผ่านมา และเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป ใช้เวลาในขั้นตอนนี้ประมาณ 15-30 นาที

Copyright© by Mahidol University

“หลังจากกิจกรรมที่ผ่านมา คุณลุง/คุณป้า มีปัญหา/อุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่คะ ขณะปฏิบัติตามแนวทางที่เราได้เลือกกันไว้”

และทำการนัดหมายวันและเวลาในการพบกันครั้งต่อไปโดย

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโดยเว้นระยะห่างจากการพบครั้งที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล

สอบถามถึงอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร รวมถึงกล่าวชมเชยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที กล่าวขอบคุณและยุติความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการให้ความรู้
เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกชนิดของโรคหลอดเลือดสมองได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

แนวคิด

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกัน ความผิดปกติที่พบได้บ่อย คือ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ความทนทานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เสื่อมถอยลง

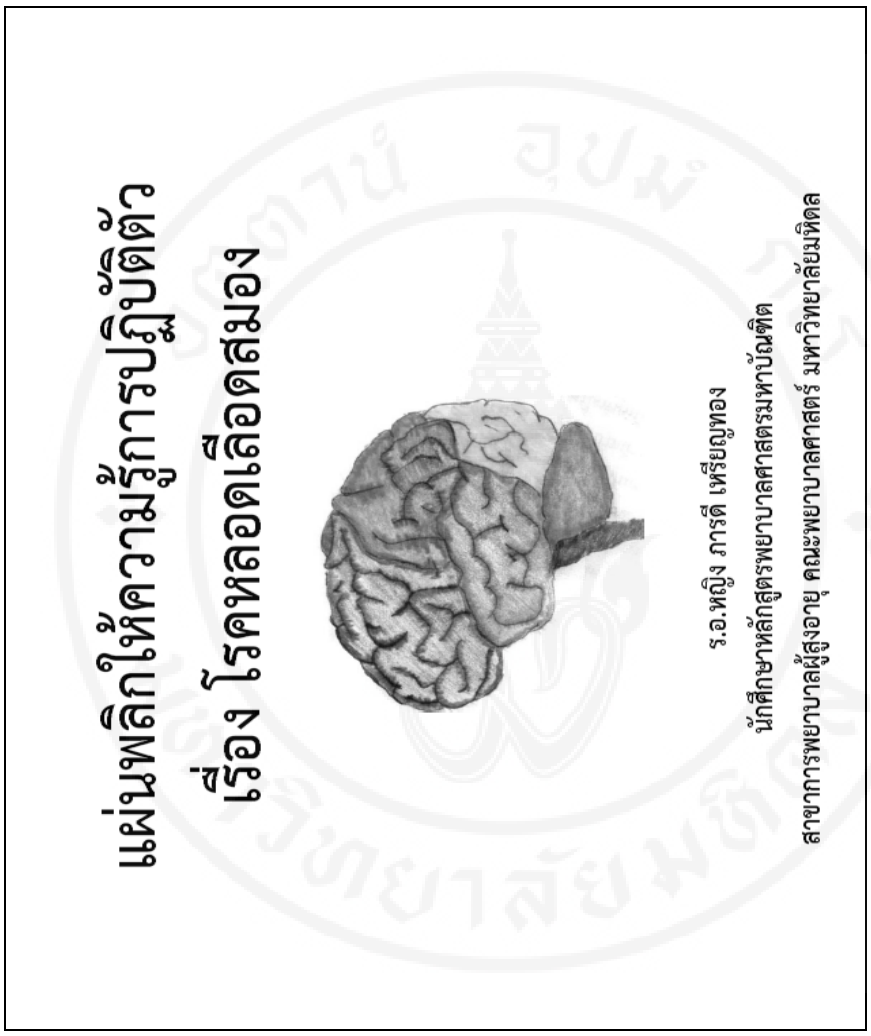
ระยะเวลาในการสอน 30 นาที

Copyright by Mahidol University

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน	วิธีการสอน	การประเมินผล
เมื่อได้รับความรู้แล้วผู้สูงอายุสามารถ	โรคหลอดเลือดสมองหรือที่โดยทั่วไปเรียกว่าโรคอัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากและมีอัตราตายที่สูง ส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะรอดชีวิตก็ต้องอยู่กับความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งลักษณะความพิการและระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุและตำแหน่งที่เกิดโรค	แผ่นพลิกเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน้า 3	บรรยาย ซักถาม	ผู้สูงอายุสนใจฟังซักถามและตอบคำถาม
1. บอกปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อายุและเพศ โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ ปัจจัยอื่น ๆ	แผ่นพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หน้า 5	บรรยาย ซักถาม สรุปเนื้อหา	ผู้สูงอายุสนใจฟังซักถามและตอบคำถาม
2. บอกชนิดและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้	โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) โดยทั่วไปมักจะเกิดอาการอย่างรวดเร็วทันทีทันใด อาการที่สำคัญ . .	แผ่นพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หน้า 6-8	บรรยาย ซักถาม สรุปเนื้อหา	ผู้สูงอายุสนใจฟังซักถามและตอบคำถาม
5. สรุปเนื้อหาที่ให้ความรู้และบอกแนวทางการปฏิบัติตัวได้	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง มีทั้งแบบชนิดหลอดเลือดสมองตีบและหลอดเลือดสมองตัน อาการมีทั้ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก สาเหตุเกิดขึ้นได้หลายอย่าง ดังนั้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เราควรมีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำขึ้นมาอีก	แผ่นพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หน้า 22	บรรยาย ซักถาม สรุปเนื้อหา	ผู้สูงอายุสนใจฟังซักถามและตอบคำถาม

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 แผ่นพลิกประกอบการสอน



Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 4 คู่มือให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

30 ก.ย. 2556
ร5.3009

คู่มือการปฏิบัติตัว โรคหลอดเลือดสมอง

ร.อ.หญิง ภารดี เหรียญทอง
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS. 2013/55.3009
วันที่รับรอง.....

Copyright by Mahidol University

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมายวงกลมหน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ .....ปี

2. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

3. สถานภาพ

1. โสด 2. คู่

3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

.

.

9. รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่

1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล

10. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน

3. โรคไขมันในเลือดสูง 4. โรคหัวใจ

5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

11. ร่างกายด้านที่อ่อนแรง

1. ด้านซ้าย 2. ด้านขวา

3.ไม่มีอาการอ่อนแรง

.

.

18. วิธีแก้ไขความเครียด/ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

1. สวดมนต์ 2. นั่งสมาธิ

3. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

Copyright by Mahidol University

2 .แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยการเลือกตอบให้พิจารณา ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึงเมื่อท่านพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด
มาก	หมายถึงเมื่อท่านพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติมาก
ปานกลาง	หมายถึงเมื่อท่านพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติปานกลาง
น้อย	หมายถึงเมื่อท่านพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติน้อย
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึงเมื่อท่านพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติเลย

Copyright by Mahidol University

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ปฏิบัติ
1	**ด้านการรับประทานอาหาร** ท่านเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น ลดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารมัน					
2	.					
3	.					
4	.					
11	ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ และมีอาหารว่างระหว่างมื้อ					
12	**ด้านการออกกำลังกาย** ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พลิกตัว เปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งทรงตัวได้ด้วยตนเอง					
13	.					
14	.					
15	.					
19	ท่านบริหารปอดโดยการหายใจเข้า – ออก ลึกๆ					
20	**ด้านการรับประทานยา** ท่านกินยาตามแพทย์สั่ง เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมันในเลือด					
21	.					
22	.					
23	.					
24	.					
25	ท่านหยุดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์					

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
   อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นาวาอากาศโทหญิงสัญสณีย์พงษ์ภักดี
   แพทย์หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา
   โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ

3. นาวาอากาศโทหญิงพัชรี สิงห์เจริญ
   นายทหารพยาบาลประจำกองการพยาบาล
   โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน

CERTIFICATE OF APPROVAL
From
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No.IRB-NS2014/207.1601

Title of Project:	**THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH STROKE**
Project Number:	**IRB-NS2013/55.3009**
Principle Investigator:	**Flight Lieutenant Paradee Leangthong**
Name of Institution:	**Faculty of Nursing Mahidol University**
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 16 January 2014 2) Participant Information sheet version date 16 January 2014 3) Consent form version date 30 September 2013 4) Questionnaire version received date 30 September 2013

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: **16 January 2014**

Date of Expiration: **15 January 2015**

Signature of Chair: Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing Fongcum Tilokskulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Copyright by Mahidol University

Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University
2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

๘๘/๒๖ ซ.บำราศนราดูร
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๑-๕๔๕๕
โทรสาร ๐-๒๕๙๑-๑๗๖๖

คณะกรรมการวิจัยระดับหน่วยงาน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขภายนอกที่ ๑/๒๕๕๗

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นักวิจัย/นักวิจัยร่วม สังกัด : - เรืออากาศเอกหญิง ภารดี เหรียญทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
-นางสุพรรณิการ์ แววอาราม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

สถานที่ทำการวิจัย: ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารที่รับรอง :

- ☑ รายละเอียดโครงการ
- ☑ แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถาม
- ☑ ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย
- ☑ ใบแสดงข้อมูลชี้แจงผู้ป่วย
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่รับรอง: 10 ก.พ. 2557 **วันที่หมดอายุ**: 9 ก.พ. 2558
(มีกำหนด 1 ปี)

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้

ลงนาม ..... ลงนาม .....
(แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน) (นางสาววรรณวส อินทร)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

ลงนาม ..... ลงนาม .....
(นางสาวมณฑิชา ม่วงเงิน) (นางดารณี สุวพันธ์)
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ประธานคณะกรรมการวิจัยฯ

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	เรืออากาศเอกหญิงภารดี เหรียญทอง
วัน เดือน ปีเกิด	3 เมษายน พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2544-2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554-2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)
ทุนการศึกษา ทุนวิจัย รางวัลที่ได้รับ	-
การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ	-
ที่อยู่ปัจจุบัน	201 หมู่ 17 ตำบล ท่าไข่ อำเภอ เมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 086-1423724 e-mail :mplnc@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	น.พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-5347821-2 e-mail :mplnc@hotmail.com

Copyright by Mahidol University