

การเปรียบเทียบผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
ระหว่างกลุ่มที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน
และการพยาบาลตามปกติ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
**Comparison between the outcome of Integrated
Nursing Care and Conventional
Nursing Care I n Rehabilitating and Continuing
period of Stroke Patients
in Chao Phaya Abhai bhu Bejhr Hospital.**

Busaba Naikhon, M.ed

บุษบา หน่ายคอน, กศ.ม*

ABSTRACT

- Background** : Stroke is a major health problem worldwide especially in developing country. It is the third leading cause of death in Asia. In fifteen provinces of Thailand disease of circulating system is the first case of death. The major cause is stroke (9.5%) Integrated nursing care is suitable way to rehabed stroke patient.
- Objective** : to compare the outcome of Integrated nursing care and conventional nursing care in rehabilitating and continuing period of stroke patients in Chao Phaya Abhai bhu Bejhr Hospital.
- Setting** : Chao Phaya Abhai bhu Bejhr Hospital
- Study design** : experimental research
- Method** : The sample were stroke patients at Premasuk and Neurological ward. The 40 cases of stroke patients were treated with integrated nursing care at Premasuk ward and the other 40 cases were treated with conventional nursing care at neurological ward. During 1 August 2009 to 31 December 2009.
- Result** : Research result revealed that most of sample were male in both group s. The average age was 51-60 years in study group (15.0%) and 71-80 years in control group (20.0%). Most of both groups were educated at elimetary level. The average income per month were 5,000-10,000 baths in study group and 5,000 baths in control group. Most of Patients had official welfare in study group and universal average scream in control group. The patients in study group recovered better than the Patients in control group. (p < 0.05)
- Conclusion** : The suggestion was the Integrated Nursing Care should be used to further study in other group of physical dysfunction Patient. That research outcome will promote healthy in that group of Patient and another group of Patient in the future.
- Key words** : stroke patients, rehabilitation, Integrated nursing care, conventional nursing care

* พยาบาลหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย : การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายและความพิการเป็นอันดับ 3 ของเอเชีย และพบว่า ใน 15 จังหวัด ในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยกรุงเทพมหานครด้วยนั้น โรคของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุหลักเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 9.5) ในปัจจุบันการพยาบาลแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยเป็นงานการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมในการที่จะเลือกรักษาฟื้นฟูบำบัดร่างกายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้อีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

สถานที่ศึกษา : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงทดลอง

วิธีการศึกษา : ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยเปรมสุขและหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 80 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน) 40 ราย และกลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลตามปกติ) 40 ราย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2552

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 51-60 ปี (ร้อยละ 15.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน และอายุเฉลี่ย 71-80 ปี (ร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ทั้งสองกลุ่ม) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ในกลุ่มทดลอง) และน้อยกว่า 5,000 บาท (ในกลุ่มควบคุม) การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการในกลุ่มทดลอง และใช้สิทธิบัตรทองในกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานมีความแตกต่างโดยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป : ควรนำแนวทางการพยาบาลแบบผสมผสานไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านหน้าที่ร่างกายจากการเจ็บป่วยอื่น ๆ เพื่อสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฟื้นฟูสภาพ การพยาบาลแบบผสมผสาน การพยาบาลตามปกติ



ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายและความพิการในผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ประเมินว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของเอเชียและอันดับหนึ่งของโลก¹ พบว่าใน 15 จังหวัดในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย กรุงเทพมหานครด้วยนั้น โรคของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุหลักเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 9.5)²

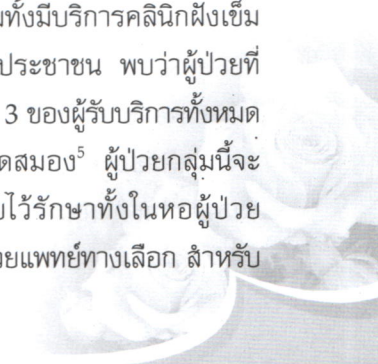
โรคหลอดเลือดสมองมักพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง³ (Prencipe, et al., 1997) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการกิน ภาวะเครียด หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเกิดอัมพาตครึ่งซีก และมีอาการทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย เช่น มีปัญหาการสื่อสาร พูดช้าหรือพูดตะกุกตะกัก การเคี้ยวและการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย ความจำเสื่อมหรือสับสน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่รู้สึกร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งถ้าสามารถได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีก็อาจจะมีการฟื้นฟูในการทำหน้าที่ของร่างกายได้บางส่วนหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการหนึ่งของการแพทย์แบบผสมผสานที่มีการนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยได้อีกทางเลือกหนึ่ง นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี แต่ก็ส่งผลกระทบต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ต้องนำเข้ายาและ

เวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงจากต่างประเทศ นอกจากนี้แล้วการแพทย์แผนปัจจุบันบางส่วนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคที่ต้องใช้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มสูงอายุและพิการ อีกทั้งยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นที่มีวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งแตกต่างไปจากแบบแผนวัฒนธรรมทางการแพทย์ในปัจจุบัน ภายหลังการปฏิรูประบบราชการปี พ.ศ. 2545 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ถูกจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในกระทรวงสาธารณสุข ด้วยต้องการพัฒนาภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและเพื่อให้มีการสืบค้นหา รวบรวมอนุรักษ์ ฟื้นฟูและพัฒนาอย่างเป็นระบบมากขึ้น ในปัจจุบันงานการแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป และเป็นงานการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมในการที่จะเลือกรักษาฟื้นฟูบำบัดร่างกายให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการนวดแผนไทยจึงเหมาะในการฟื้นฟูรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตได้อีกทางหนึ่งซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายได้โดยไม่ติดขัดของข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เข้มแข็งต่อสู้กับโรคที่เป็น รวมถึงกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ความรู้สึกในการขยับแขนขา รวมถึงการหัดเดิน การทรงตัวของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้จัดบริการการแพทย์ทางเลือกแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 รวมทั้งมีบริการคลินิกฝังเข็มเพื่อรักษาโรคทั่วไปให้กับประชาชน พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวน 1 ใน 3 ของผู้รับบริการทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้ามาใช้บริการโดยรับไว้รักษาทั้งในหอผู้ป่วย ปรึกษาวิทยาและหอผู้ป่วยแพทย์ทางเลือก สำหรับ



กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยการแพทย์ทางเลือกจะได้รับการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย การนวดแผนไทย ซึ่งการนวดแผนไทยจะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ คือ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อผ่อนคลายและช่วยให้สุขภาพจิตใจดีและผ่อนคลาย⁶ การนวดประคบสมุนไพรนั้นความร้อนจะนำพาสมุนไพรเข้าสู่กล้ามเนื้อช่วยให้กล้ามเนื้อและเอ็นคลายตัว⁷ การทำกิจกรรมบำบัดเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคประสาทร่วมกันหรือมีปัญหาคล้ายกับช่วยกระตุ้นกำลังใจและส่งเสริมการปรับตัวเข้ากับสังคม นอกจากนี้การทำกายภาพบำบัดก็เป็นวิธีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อป้องกันและรักษาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิธีการพยาบาลแบบผสมผสานดังกล่าวว่าจะมีความแตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติตามวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันว่าจะมีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อนำแนวทางการพยาบาลที่ดีที่สุดมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานเป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเปรมสุขและหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 80 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง/การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่วนที่ 4 ความต้องการการดูแล/การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ส่วนที่ 5 การให้ความรู้/ฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และส่วนที่ 6 สภาพผู้ป่วย/ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยในคนจาก คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเปรมสุขและหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โดยผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเปรมสุขจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานและผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยาเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 40 ราย โดยผู้วิจัยขอ อนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยทุกรายและให้ผู้ป่วยเซ็นอนุญาตในเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินกิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง/การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ประเมินความต้องการการการดูแล/การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประเมินการให้ความรู้/ฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและประเมินสภาพผู้ป่วย/ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการแจ้งว่าถ้าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งสิ้น

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2552 โดยการเก็บแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยที่ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเปรมสุขเป็นหอผู้ป่วยทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายจะได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามข้อมูลจากเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 6 ชุด จนได้จำนวนผู้ป่วยครบ 40 ราย สำหรับหอผู้ป่วยประสาทวิทยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามข้อมูลจากเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 6 ชุด จนได้จำนวนผู้ป่วย 40 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ และให้การพยาบาลแบบผสมผสานโดยใช้สถิติ T-test

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน และการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีความรู้และการมีทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน และการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน และการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน 80 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-60 ปี (คิดเป็นร้อยละ 15.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 71-80 ปี (คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ในกลุ่ม

ควบคุมผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสม
ผสานส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับประถม (คิดเป็น
ร้อยละ 26.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีรายได้อยู่ระหว่าง
5,000-10,000 บาท (คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของผู้ป่วย
ทั้งหมด) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยการเบิก
ข้าราชการ (คิดเป็นร้อยละ 46.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด)
และสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม

ปกติส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (คิดเป็นร้อยละ 27.5
ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีวุฒิการศึกษาระดับประถม
(คิดเป็นร้อยละ 43.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีรายได้
น้อยกว่า 5,000 บาท (คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของ
ผู้ป่วยทั้งหมด) และใช้สิทธิบัตรทองในการเบิก
ค่ารักษาพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 41.2 ของผู้ป่วย
ทั้งหมด)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสิทธิบัตร

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	27	33.8	22	27.5	49	61.2
	หญิง	13	16.2	18	22.5	31	38.8
อายุ	41-50 ปี	3	3.8	5	6.2	8	10.0
	51-60 ปี	12	15.0	5	6.2	17	21.2
	61-70 ปี	9	11.3	13	16.2	22	27.5
	71-80 ปี	7	8.8	16	20.0	23	28.8
	81-91 ปี	9	11.3	1	1.2	10	12.5
การศึกษา	ประถม	21	26.2	35	43.8	56	70.0
	มัธยม	12	15.0	3	3.8	15	18.8
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	8.8	2	2.5	9	11.2
รายได้	น้อยกว่า 5,000 บาท	7	8.8	17	21.2	24	30.0
	5,000-10,000 บาท	17	21.2	16	20.0	33	41.2
	มากกว่า 10,000 บาท	16	20.0	7	8.8	23	28.8
สิทธิบัตร	บัตรทอง	1	1.2	33	41.2	34	42.5
	เบิกข้าราชการได้	37	46.2	7	8.8	44	55.0
	ประกันสังคม	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	ชำระเงินเอง	2	.25	0	0.0	2	2.5

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมที่ต้องดูแลต่อเนื่อง/การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน และการพยาบาลตามปกติในช่วงแรกก่อนการให้กิจกรรมการพยาบาล

จากตารางที่ 2 พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้นจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมที่ต้องดูแลต่อเนื่อง/การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในด้านการเกิดแผลกดทับ ($t = 2.082, p < .05$) การเกิดข้อยึดติดแข็ง ($t = 4.149,$

$p < .05$) และการติดเชืทางเดินปัสสาวะ ($t = 1.778, p < .05$) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานในช่วงก่อนให้กิจกรรมการพยาบาลนั้น ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวทั้งในด้านการเกิดแผลกดทับ การเกิดข้อยึดติดแข็งและการเกิดการติดเชืทางเดินปัสสาวะในขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน

กิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t
แผลกดทับ				
ให้การพยาบาลตามปกติ	40	1.90	.304	2.082*
ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.00	
ข้อติดแข็ง				
ให้การพยาบาลตามปกติ	40	1.65	.533	4.149*
ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การติดเชืทางเดินปัสสาวะ				
ให้การพยาบาลตามปกติ	40	1.92	.267	1.778*
ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
คะแนนโดยรวม				
ให้การพยาบาลตามปกติ	40	5.48	.905	3.667*
ให้การพยาบาลแบบผสมผสาน	40	6.00	.000	

* $P < .05$



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติ

จากตารางที่ 3 พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้นจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านการฟื้นฟูสภาพ ($t = 3.981, p < .05$) ในด้านภาษาการสื่อสาร ($t = 2.508, p < .05$) ในด้านภาวะซึมเศร้า ($t = 3.122, p < .05$) ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($t = 1.778, p < .05$) และปัญหาด้านสังคม/เศรษฐกิจ/สิ่งแวดล้อม/การประกอบอาชีพ ($t = 4.583, p < .05$) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสำหรับการฟื้นฟูสภาพในด้านการเกิดการพลัดตกหกล้ม ($t = 2.014, p < .01$) และการรับการรักษาต่อเนื่องรับประทุษร้าย

($t = 1.433, p < .01$) พบว่ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สำหรับคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านการมองเห็นและการกลืน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานมีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ในด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านภาษาการสื่อสาร ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านปัญหาสังคม/เศรษฐกิจ/สิ่งแวดล้อม/การประกอบอาชีพ ด้านการเกิดการพลัดตกหกล้มและด้านการรับการรักษาต่อเนื่อง/การรับประทุษร้ายมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่สำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านการมองเห็นและการกลืนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน

การฟื้นฟู	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t
การฟื้นฟูสภาพ				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.45	.504	3.981*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	1.88	.335	
ภาษาการสื่อสาร				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.70	.564	2.508*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	1.95	.221	
การมองเห็น				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.98	.158	1.00ns
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การกลืน				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.95	.221	.443ns
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	1.92	.267	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน (ต่อ)

การฟื้นฟู	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t
การพลัดตกหกล้ม				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.75	.439	2.014**
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	1.92	.267	
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.80	.405	3.122*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.92	.267	1.778*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การรับประทานยา				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.95	.221	1.433**
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
ปัญหาด้านสังคม/เศรษฐกิจ/สิ่งแวดล้อม/ การประกอบอาชีพ				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.65	.483	4.583*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
คะแนนโดยรวม				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	16.15	2.019	4.393*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	17.68	.694	

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = non significant

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีความรู้และการมีทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติ

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้นจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีความรู้/ทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการทำอาหาร/การให้อาหารทางสายยาง

($t = 2.623$, $p < .05$) การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ($t = 0.778$, $p < .05$) การดูแลสภาพอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย ($t = 1.778$, $p < .05$) มากกว่าผู้ดูแลของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสำหรับในด้านการดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ ($t = 1.433$, $p < .01$) ซึ่งพบว่ามีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่สำหรับในด้านการทำ

กายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน พบว่า
ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
แสดงว่าผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล
แบบผสมผสานนั้นมีความรู้/ทักษะสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยในด้านการทำอาหาร/การให้อาหารทาง
สายยาง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแล

สภาพอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย และด้านการดูแล
ทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะมากกว่าผู้ดูแลของ
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่สำหรับ
การมีความรู้/ทักษะในการดูแลผู้ป่วยในด้านการทำ
กายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวันนั้น พบว่า
ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการให้ความรู้/ฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ
การพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน

การให้ความรู้ ฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t
การทำอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.85	.362	2.623*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การทำกายภาพบำบัด				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	2.98	.158	1.00 ns
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การดูแลกิจวัตรประจำวัน				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.98	.158	1.00 ns
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	2.00	.000	0.778*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.92	.267	1.778*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.95	.221	1.433**
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
คะแนนโดยรวม				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	11.68	.764	2.690*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	12.00	.000	

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = non significant

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน
ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ
พยาบาลแบบผสมผสาน และการพยาบาลตามปกติ
จากตารางที่ 5 พบว่าผลลัพธ์จากการดูแล
ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน
นั้นจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านผลการดูแลผู้ป่วย
($t = 1.778, p < .05$) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .05$) แต่สำหรับในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย
และญาติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผลลัพธ์จากการดูแล
ผู้ป่วยของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบ
ผสมผสานนั้นในผลการดูแลผู้ป่วยที่ดีมากกว่ากลุ่ม
ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ค่าเฉลี่ย
ของคะแนนผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ
พยาบาลแบบผสมผสาน = 2.00 ค่าเฉลี่ยของ
คะแนนผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ = 1.92) แต่สำหรับในด้าน
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาตินั้นไม่มีความ
แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม
ปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t
ผลการดูแลผู้ป่วย				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.92	.267	1.778*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	1.98	.221	1.00 ns
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	2.00	.000	
คะแนนโดยรวม				
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	40	6.65	.764	5.276*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน	40	7.72	.000	

* $p < .05$, ns = non significant



การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยสูงอายุมีอายุระหว่าง 71-80 ปี (คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ พวงวรวิทร์⁸ (2534); เสาวลักษณ์ เนตรซัง⁹ (2545); จารึก ธาณิรัตน์¹⁰ (2545) ซึ่งพบลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดออกในสมอง ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายและอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะมีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดตามวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ อีกทั้งผลจากการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ อาทิเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวมักส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของความแข็งแรงหลอดเลือดต่าง ๆ ในร่างกาย เกิดภาวะ Atherosclerosis โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดที่สมองซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹¹ โดยจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวสูงขึ้นในกรณีที่มีผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง¹²

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้น พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.8 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีระดับวุฒิการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถม คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.2 และใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยการเบิกข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 46.2 (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1) ซึ่ง

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่น่าจะได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในช่วงก่อนได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน (ไม่พบว่ามีอาการเกิดแผลกดทับ การมีข้อยึดติดแข็ง และการติดเชื้อมีของระบบทางเดินปัสสาวะ ดังแสดงผลไว้ในตารางที่ 2) แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือบกพร่องทางด้านร่างกายเกิดขึ้นอันเป็นผลจากการเกิดพยาธิสภาพของโรค อาทิเช่น การมีอาการแขนขาอ่อนแรง มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า มีปัญหาในการรับรู้ความรู้สึกเป็นต้น¹² หรือมีอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อหรือมีอาการปวดไหล่จากการมีภาวะอัมพาตครึ่งซีก¹³ เป็นต้น และเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถที่จะมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติจึงย่อมต้องแสวงหาวิธีการการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งวิธีการรักษาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักนิยมเลือกที่จะหันไปรักษา มักจะเป็นสิ่งที่พวกเขาเหล่านั้นคุ้นเคยและเป็นที่ยอมรับกันในชุมชน อาทิเช่น การบิมนวดพื้นบ้าน การจับเส้น การใช้ประคบด้วยสมุนไพร การฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น เนื่องจากมีความเชื่อและมีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ และรักษาโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นบางโรคได้ อาทิเช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เหน็บชา อาการเกร็ง เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นวิธีที่ยอมรับในชุมชนว่าสามารถรักษาได้จริง และไม่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ และยังเป็นวิธีที่ผู้รับบริการไม่ต้องกลัวว่าจะเสียค่ารักษาในราคาแพง⁷ และถือเป็นวิธีพื้นบ้านที่บางชุมชนมีการนำมาปฏิบัติสืบทอดกันในแต่ละวัฒนธรรมท้องถิ่นอีกด้วย

แต่สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีวุฒิการศึกษาระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 43.8 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.2 และใช้สิทธิบัตรทองในการเบิกค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.2 ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอายุนานกว่ากลุ่มแรก อีกทั้งยังพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (พบว่ามีอาการเกิดแผลกดทับ การมีข้อยึดติดแข็ง และการติดเชื้อมาตรของระบบทางเดินปัสสาวะ ดังแสดงผลไว้ในตารางที่ 2) ซึ่งจากลักษณะของผู้ป่วยดังกล่าวโดยเฉพาะในด้านการมีอายุที่มากกว่า ย่อมถือเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อระดับความรุนแรงของโรค อันเป็นผลจากการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ ที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการรักษา และเป็นปัจจัยที่มักส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่า จึงอาจทำให้ญาติหรือผู้ดูแลรู้สึกว่าการเกิดโรคของผู้ป่วยเป็นไปตามสังขารที่เปลี่ยนไปตามวัย ประกอบกับการมีรายได้ที่ไม่มากเท่าไร ดังนั้นจึงอาจเป็นส่วนที่ทำให้ญาติไม่คิดที่จะแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น

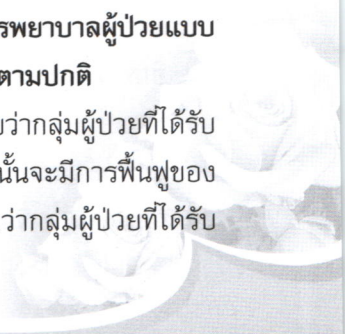
ข้อมูลเกี่ยวกับการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล

จากผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีความรู้/ทักษะของผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเมื่อนำมาเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่าผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้นจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีความรู้/ทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการทำอาหาร/การให้อาหารทางสายยาง ($t = 2.623, p < .05$) การป้องกันและดูแลแผลกดทับ ($t = 0.778, p < .05$) การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย ($t = 1.778, p < .05$) มากกว่าผู้ดูแลของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ

สำหรับในด้านการดูแลทางด้านทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ ($t = 1.433, p < .01$) ซึ่งพบว่ามีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่สำหรับในด้านการทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (ไม่พบมีอาการเกิดแผลกดทับ การมีข้อยึดติดแข็ง และการติดเชื้อมาตรของระบบทางเดินปัสสาวะ ดังแสดงผลไว้ในตารางที่ 2) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความหวังและแรงจูงใจที่จะแสวงหาความรู้และสนใจที่จะเรียนรู้ฝึกฝนตนเองในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายหรือการฟื้นตัวภายหลังการรักษาที่ดี อาทิเช่น การแพทย์แบบผสมผสาน แต่สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อีกทั้งยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุนานกว่าค่อนข้างมาก รวมทั้งยังมีระดับของรายได้ที่น้อยกว่า ถึงแม้จะใช้สิทธิบัตรทองในการเบิกค่ารักษาพยาบาล จึงอาจส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว จึงอาจทำให้ญาติไม่มีความหวังหรือแรงจูงใจรวมถึงกำลังสนับสนุนในการที่จะสนใจแสวงหาความรู้และสนใจที่จะเรียนรู้ฝึกฝนทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพราะคิดว่าเป็นไปตามสังขารที่ล่วงเลยไปของผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้คะแนนของการมีความรู้/ทักษะของผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน จึงมากกว่าผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบผสมผสานและการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานนั้นจะมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระดับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ



การพยาบาลตามปกติ ทั้งในด้านการฟื้นฟูสภาพ ($t = 3.981, p < .05$) ในด้านภาษาการสื่อสาร ($t = 2.508, p < .05$) ในด้านภาวะซึมเศร้า ($t = 3.122, p < .05$) ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($t = 1.778, p < .05$) และปัญหาด้านสังคม/เศรษฐกิจ/สิ่งแวดล้อม/การประกอบอาชีพ ($t = 4.583, p < .05$) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสำหรับการฟื้นฟูสภาพในด้านการเกิดการปวดตึงกล้ามเนื้อ ($t = 2.014, p < .01$) และการรับการรักษาต่อเนื่อง/รับประทุษยา ($t = 1.433, p < .01$) ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สำหรับคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านการมองเห็นและการกลืน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลที่ว่า เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยประกอบด้วย การนวด การอบ ประคบสมุนไพร การทำกายภาพบำบัด การเข้ากลุ่มออกกำลังกาย การทำกิจกรรมกลุ่ม การทำกิจกรรมคลายเครียด ซึ่งมีบุคลากรทีมสุขภาพ อันประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักหัตถบำบัดแบบไทย นักจิตวิทยา ซึ่งถือเป็นการพยาบาลที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์แบบสหสาขา จึงย่อมจะสามารถช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยรวมทั้งทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม¹² เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อันเกิดจากการเกิดภาวะบกพร่องทางด้านร่างกายและระบบประสาทอันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น อีกทั้งการมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรวมถึงย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเนื่องจากต้อง

กลายเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง¹² เกิดภาวะเครียด เกิดความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งการให้การพยาบาลด้วยการใช้วิธีการนวด การอบ ประคบสมุนไพร ซึ่งถือเป็นวิธีการรักษาแบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวก็มีการนำมาพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาได้จริง การนวดหรือหัตถเวชเป็นการรักษาโรควิธีหนึ่ง ซึ่งการนวดจะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ คือ ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือด กล้ามเนื้อผ่อนคลาย รักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก จนกระทั่งสามารถช่วยให้สุขภาพดี จิตใจสดชื่น กระปรี้กระเปร่า จิตใจผ่อนคลายได้ดี อีกทั้งการนวดยังส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดยังสามารถใช้ในการรักษาโรค อาทิเช่น โรคอัมพาต ปวดหลัง ข้อเท้าเคล็ด ไหล่ติด ตะคริว เป็นต้น¹⁴ สำหรับการประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นวิธีการนำเอาสมุนไพรใส่ลงในห่อผ้า และห่อให้เรียบร้อยนำไปนึ่งและนำไปใช้ประคบบริเวณกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดโดยอาศัยความร้อนช่วยในการนำพาสมุนไพรให้ซึมซาบเข้าสู่กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวด ช่วยให้กล้ามเนื้อและเอ็นคลายตัว⁷ ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยที่สนับสนุนผลของการนวดและการใช้วิธีประคบสมุนไพร เช่น การศึกษาของพะยอม สุวรรณ¹⁵ (2543) ซึ่งศึกษาถึงผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่าการประคบร้อนด้วยสมุนไพรนั้น สามารถช่วยลดอาการปวดข้อ ข้อฝืดได้จริง และการศึกษาของทิพย์สุดา ลามภักดี¹⁶ (2551) ซึ่งศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อลดปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยสามารถช่วยลดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้ และสำหรับการทำกิจกรรมบำบัด คือ การนำการทำกิจกรรมมาใช้ในการรักษา

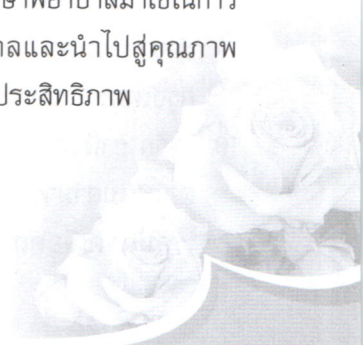
ซึ่งเป็นวิธีการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท การรับรู้ เป็นการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้มีการทำงานของร่างกายและจิตใจร่วมกันส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้ากับสังคม¹⁷ ดังนั้นจึงพบว่าปัจจุบันหลายโรงพยาบาลก็มีการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยมาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคและสำหรับการทำกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการฟื้นฟูสภาพร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการบกพร่องทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาทิเช่น การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน การมีข้อยึดติดแข็ง การเกิดภาวะกระดูกพรุน การเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ เป็นต้น รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ส่วนของร่างกายที่มีอาการอ่อนแรงแบบมีความแข็งแรงมากขึ้นและรักษาสภาพของร่างกายที่ไม่มีอาการอ่อนแรงให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติที่ควรเป็น¹² ดังนั้นจึงสนับสนุนผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลแบบผสมผสานที่ส่งผลทำให้กลุ่มผู้ป่วยจึงมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายในด้านต่าง ๆ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ยกเว้นในด้านการกลืนและการมองเห็น ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการเกิดปัญหาในด้านการมองเห็น และการกลืนเป็นผลจากการเกิดพยาธิสภาพของสมองรวมถึงเส้นประสาทที่ควบคุมการมองเห็นและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนอาหาร ซึ่งหากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นรุนแรงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านดังกล่าวอย่างถาวรได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถที่จะมีการฟื้นฟูสภาพในด้านดังกล่าวได้ด้วยการแพทย์แผนไทย

สำหรับผลลัพธ์ของการพยาบาลในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่าทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติมีระดับคะแนนของความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน อาจเป็นผลเนื่องจากกระบวนการฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าจะเห็นความแตกต่าง ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับ แต่ถึงอย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติจะพบว่าไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ซึ่งนั่นย่อมหมายถึงผู้ป่วยและญาติก็รู้สึกมีความพึงพอใจในผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ได้รับจากทั้งแบบผสมผสานและแบบการพยาบาลตามปกติ (ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสาน = 2.00 ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ = 1.92)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลแบบผสมผสานจะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีกว่าทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสานมาอย่างต่อเนื่อง ผลของการวิจัยนี้จึงสามารถนำไปพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาในด้านความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะส่งเสริมให้เห็นถึงจุดเด่นของโรงพยาบาลในด้านการนำศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและนำไปสู่คุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บรรณานุกรม

1. Pongvarin N. Stroke in the developing world. The Lancet 1998; 352: S19-22.
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2549.
3. Prencipe M, Ferretti C, Casini AR, Santini M, Giubilei F, Culasso F. Stroke, Disability, and Dementia: Results of a Population Survey. Stroke. 28(3):531-6
4. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. Lancet. 2008 ;10;371(9624): 1612-23.
5. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. สถิติสาธารณสุข. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ถนนปราจีนอนุสรณ์ ปราจีนบุรี.
6. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2539.
7. ดารณี อ่อนชมจันทร์. การนวดพื้นบ้านไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2548
8. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2534.
9. เสาวลักษณ์ เนตรขิง. การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย ; กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.
10. จาริก ธาณิรัตน์. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ; กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.
11. เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซต ; 2535.
12. กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : บริษัท แอล.ที.เพลส. จำกัด ; 2547.
13. ทรงพร พุดจิบ. ผลของโปรแกรมการป้องกันอาการปวดไหล่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ; กรุงเทพฯ : วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2552.
14. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. ทฤษฎีการนวดไทย ความหมายของเส้น จุด และโรค. กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ; 2540.
15. พะยอม สุวรรณ. ผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความยากลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม ; บัณฑิตวิทยาลัย ; กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2543.
16. ทิพย์สุดา ลากักดี. โปรแกรมการให้ความรู้และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อลดปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
17. อรพรรณ วิทยุวรรณ. กิจกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์ ; 2530.