

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO PHYSICAL FUNCTIONAL ABILITY AMONG STROKE
OLDER PERSONS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของ
	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	น.ส.บุญทริกา มณีโชติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศัลโกสม)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บุณทริกา มณีโชติ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (SELECTED FACTORS RELATED TO PHYSICAL FUNCTIONAL ABILITY AMONG STROKE OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการรู้คิดและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก (mean = 16.56, SD = 4.11)
2. อายุและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $r = -.337$)
3. การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$)
4. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977169436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Stoke / Physical function / older person

Boontarika Maneechot : SELECTED FACTORS RELATED TO PHYSICAL FUNCTIONAL ABILITY AMONG STROKE OLDER PERSONS. Advisor: Assoc. Prof. Captain SIRIPHAN SASAT, Ph.D.

The purpose of this descriptive research aimed to study the relationships between selected factors related to physical functional ability among stroke older persons such as age, gender, cognition, social support and depression. The purposive sample composed of 121 outpatients with post-stroke; male and female age 60 years old and over, who were recruited at Rajavithi Hospital and Siriraj Hospital. The instruments were the demographic questionnaire, Social support questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), MMSE-Thai 2002 and Barthel ADL Index. Data were analyzed using descriptive statistic, Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient (r) and Chi-square Test.

Major findings were as follows :

1. The physical functional ability among older person with post-stroke was high level of physical functional ability (mean = 16.56, SD = 4.11).
2. Age and depression were significantly moderate negative correlation with physical functional ability among older persons with stroke at the level of .05 ($r = -.399$, $r = -.337$).
3. Cognitive status was significantly moderate positive correlation with physical functional ability among older persons with stroke at the level of .05 ($r = .348$).
4. Gender was significantly correlation with physical functional ability among older persons with stroke at the level of .05 . While there were no correlation between social support and physical functional ability among older persons with stroke.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของรองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้ความรู้และคำแนะนำในการทำงานเชิงวิชาการ ตลอดจนท่านอาจารย์คอยทุ่มเทแรงกายแรงใจ สละเวลาให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ทุกครั้งที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกมีแรงผลักดันในการทำวิทยานิพนธ์ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ หน่วยงานฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาความรู้และที่สนับสนุนอนุมัติให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษา เพื่อนำความรู้ที่ผู้วิจัยได้รับกลับไปพัฒนาหน่วยงานด้วยความภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่มอบทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 121 ท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และให้ความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราชผู้ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยเข้าถึงแหล่งข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลจนแล้วเสร็จดี

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทั้ง 7 คนที่คอยให้กำลังใจ คอยให้คำปรึกษา ทั้งเรื่องเรียน เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว และแบ่งปันสุขทุกข์ เป็นแรงสนับสนุนและผลักดันซึ่งกันและกันให้ก้าวผ่านทุกอุปสรรคกันมาตลอดระยะเวลาการศึกษานี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวอันเป็นที่รักของผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจ คอยเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันในยามที่ผู้วิจัยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีสติและแรงใจในการแก้ไขปัญหาและสามารถก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดการศึกษาในหลักสูตรจนสามารถสำเร็จการศึกษาได้ในวันนี้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	11
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	18
3. การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	22
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	28
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	36
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40

7. กรอบแนวคิดการวิจัย	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะ	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	89
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล	91
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	100
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	110
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	117
ประวัติผู้เขียน.....	123

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างและประชากรจำแนกตามโรงพยาบาล (n=121)	47
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=121).....	48
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30).....	55
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=121).....	60
ตารางที่ 5 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย.....	61
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 60 - 69 ปี.....	62
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 70 - 79 ปี.....	63
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป	64
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรู้คิด จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)	65
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	65
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้าน (n=121).....	66
ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	66
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) (n=121).....	67

ตารางที่ 14 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	119
ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 121).....	120
ตารางที่ 16 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)	121



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการภายหลังจากรอดชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยทั่วโลก พบสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองประชากรทั่วโลกมีมากถึง 795,000 คน/ปี (Benjamin et al., 2019) และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดของประชากรทั่วโลกเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 38.7 เมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็น 47.8 ในปี พ.ศ. 2560 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) โดยพบอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้รับอิทธิพลอย่างมากจากอายุ ในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,088.91 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ เป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (Ischemic stroke) และเกิดจากหลอดเลือดแดงในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) และมีการแบ่งตามระยะการเกิดโรค ออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักมีอาการอัมพาต อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวร่วมด้วยหรือบางรายยังรู้สึกตัว กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่อัมพาตจะอ่อนแรง อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1 - 14 วัน ปัญหาสำคัญในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยอาจไม่รู้สีกตัวหรือเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) เพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ปัจจัยเสี่ยงที่มักทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะ Atrial Fibrillation (AF) ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้อาคุมกำเนิด ร่วมกับกระบวนการสูงอายุที่ทำให้

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสื่อมลงของเซลล์และอวัยวะในร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (American Stroke Association, 2015; Kwon 2016; National stroke Association, 2014) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคและได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตมักยังหลงเหลือความพิการตามมา (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2554; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ อธิธรรม พูลเกษ กนกวรรณ บุญญพิสิษฐ์ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2556) ความพิการหรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ พบความชุกอัมพาต อัมพาต ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.3 ความชุกสูงขึ้นไปตามอายุที่มากขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 -69 ร้อยละ 2.3 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งความพิการของผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่มักขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคตำแหน่งรอยโรค จากสถิติอัมพาตและอัมพาตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบอาการอัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 75.4 ของผู้มีอาการทั้งหมด (วิชัย เอกพลากร, 2559) ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พบว่า ด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเกร็ง ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว มีภาวะกลืนลำบาก มีปัญหาการสื่อสาร มีความบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และมีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ บางรายอาจมีปัสสาวะคั่งไม่สามารถปัสสาวะออกได้หมดส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552; ปทิตตา ทรวงโพธิ์ และคณะ, 2556) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะกลัวเกี่ยวกับความพิการ กลัวการหกล้ม กลัวปฏิบัติการของคนอื่นและกลัวเป็นภาระครอบครัว (Opal, 2015) ทำให้ผู้ป่วยหลายคนเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 17.7 (Opal, 2015; Mitchell et al., 2017) ส่วนด้านสังคม เนื่องจากความพิการที่หลงเหลือ ทำให้ผู้ป่วยโอกาสในการติดต่อสังคมลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและครอบครัวลดลง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เมื่อรวมกับความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การฟื้นฟูย่อมจะเป็นไปอย่างล่าช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ever (1994) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างมากเมื่ออายุ 60 - 70 ปี ความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง กระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลทำให้มีการฟื้นฟูสภาพช้า ซึ่งเมื่อเกิดพยาธิสภาพเหล่านี้ เกิดความเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปจากสภาพความผิดปกติทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Tommi, 2005)

ผลที่ตามมาจากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ลดลง ส่งผลให้การฟื้นฟูหายล่าช้า มีกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดเกร็ง เกิดภาวะนอนติดเตียง การทำกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพต้องดูแลเพิ่มขึ้นตามมา พบ ความชุกของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในด้านความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ร้อยละ 5.5 ในด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552; Llorca, 2015) ด้านครอบครัวและสังคม เช่น รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแล การแยกตัวจากสังคม ติดบ้านและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (กาญจนศรี สิงห์ภู และคณะ, 2559; จันทร์จิรา สีสว่าง และนางนงนัทธ์ รุ่งเนย, 2559) โดยผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (รุ่งนภา จันทร์ธา และคณะ, 2560) ดังนั้น การหาแนวทางเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดตามได้

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวันและการเคลื่อนไหว ได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ประกอบด้วย การอาบน้ำ การหวีผม การสวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ลูกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีความพิการหลังเกิดโรคมียังมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้สูงอายุเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการเหลืออยู่ (พรพิมล มาศสกุลพรรณ, 2549) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายที่ดีควรเริ่มต้นที่เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ดังผลการศึกษาของ Hayes (1986) ที่ว่า ถ้าเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรก จะทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายดีขึ้น มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายทั้งทางด้านบวกและลบ ดังการศึกษาของ จีรวรรณ โปรดบำรุง (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถทางการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พยาธิสภาพในสมองที่เส้นเลือดตีบเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความสามารถในการเคลื่อนไหวมากกว่าพยาธิสภาพในสมองที่เส้นเลือดแตก หรืองานของ Winovich et al. (2017) ที่พบว่า ความเร็วในการเดิน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนปลาย มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดและการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีลดลง ดังนั้น การทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายจะทำให้สามารถที่จะหาแนวทางในการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย พบว่า ที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน เช่น การศึกษาของ จีรวรรณ โปรตบำรุง (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถทางการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป และอีก 2 การศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน เช่น พรพิมล มาศสกุลพรรณ (2549) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และ กัญจนนิชา เยียดไธสง (2558) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง ได้รับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้อย่างไม่เต็มที่ ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เชื่อได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา เพื่อให้เข้าถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางและวางแผนการพยาบาลร่วมกับการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างไร
2. อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการรู้คิด มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้นำกรอบแนวคิด International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) สร้างโดย World Health Organization (2001) มาใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่ง ICF model มักใช้ในการประเมินความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้หลักเชื่อมโยงปัญหาและสาเหตุความบกพร่องของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 1) การทำงานของร่างกายและโครงสร้างร่างกาย (body functional and structures) รวมถึงสุขภาพจิต 2) ด้านกิจกรรม (activity) 3) การมีส่วนร่วม (participation) โดยมีสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มาเกี่ยวข้อง (ศิรินาถ ตงศิริ, 2556; Gladman, 2008) ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านการทำกิจกรรม (Activity limitation) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิด ICF model ในส่วนของการทำกิจกรรมมาศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถการทำหน้าที่ด้านร่างกายในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านร่างกายทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงและการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจนที่สุด สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ว่า มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด และใช้ ICF model ในการคัดสรรปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายและโครงสร้างร่างกายและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้คิดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและเพศ ในส่วนของการมีส่วนร่วมพบว่ามีความซ้ำซ้อนกับตัวแปรตามในส่วนของประเมินจึงไม่ได้นำมาศึกษา ดังรายละเอียดตัวแปรต่อไปนี้

อายุ ผู้ป่วยสูงอายุมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดความผิดปกติทางร่างกายและส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Rusin, 1990) จากการศึกษา พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลชัดเจนต่อผลการทำหน้าที่ด้านร่างกายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ณัฐเศรษฐ มนินนากร และคณะ, 2552) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยจะมีผลลัพธ์การหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ (Meiner, 2015) สอดคล้องกับการศึกษา Jongbloed (1986) ได้รวบรวมผลการศึกษา 14 รายงาน พบว่า ผู้ที่สูงอายุจะมีผลการทำหน้าที่ด้านร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่วนการศึกษาของ Cickusic (2011) กล่าวว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย และการศึกษา Liu

et al. (2007) พบว่า อายุเพิ่มขึ้นทุกปีจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาเพียง 4 รายงานที่ พบว่า อายุกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กัน (Jongbloed, 1986) ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าอายุอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างของสรีระร่างกายแต่ละบุคคล บ่งบอกถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบครอบครัวและสังคม จากรายงานการวิจัย พบว่า เพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (วัฒน์ีย์ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด, 2559) การศึกษาของ Lofgren (1998) พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ Howard (2007) ที่พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุเพศหญิงพบว่ามีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายเมื่อเกิดโรค ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าเพศอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด มีรายงาน อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 92 (จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา, 2548) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความก้าวหน้าด้านร่างกายในการฝึกซ้ำหรือได้ผลลดลง (Schmid et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matsuzaki et al. (2015) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้านี้อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Ahn et al., (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้อาจมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masskulpan, 2008) ดังนั้น จึงคาดว่าภาวะซึมเศร้านี้อาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางสังคม สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและการมาเยี่ยมของบุคคลากรทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจทำให้มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วัฒน์ีย์ ปานจินดาและพุทธรธรณ ชูเชิด, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishigaki et al. (2015) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีผลทางบวกในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี

ขึ้น นอกจากนี้หากเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านการมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม) เข้าไปเยี่ยมดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ดีขึ้น (จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, & ลักษณ์ ศิริธิรกุล, 2559) การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ยากลำบากมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทำให้ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายทำให้การฟื้นฟูหายล่าช้า (Koh, Barr, & George, 2014) ดังนั้น จึงคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การรู้คิด คือ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์คิดช้า มีปัญหาทางการสื่อสาร ลืมง่าย อาจรวมไปถึงสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการรู้คิดที่ผิดไปส่งผลในการร่วมมือในการทำกิจกรรม (เจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องของการรู้คิดจากพยาธิสภาพของสมองจากการขาดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง (Danovska, 2012) จากการศึกษาของ Zinn et al. (2004) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ones, Yalcinkaya, Toklu, & Caglar, 2009) ที่พบว่า ระดับความรู้คิดที่ดีหรือปกติส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความบกพร่องทางการรู้คิดจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่งของการทำกิจกรรมประจำวัน (Claesson, Lindén, Skoog, & Blomstrand, 2005) ดังนั้น จึงคาดว่า การรู้คิดอาจจะมีสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยะภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช

ตัวแปรที่ศึกษา

อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรู้คิด การทำหน้าที่ด้านร่างกาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวันและการเคลื่อนไหว ได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ประกอบด้วย การอาบน้ำ การหวีผม การสวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขึ้นบันได ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL index ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจาก Barthel index ของ Mahoney and Barthel (1965) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำการสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินลงบันได 1 ชั้น ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 20 คะแนน

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับจากวันเกิดจนถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง จากสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคล ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกได้รับความช่วยเหลือที่ส่งผลสะท้อนต่อการกระทำของบุคคล ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก อำนวยพร อาชานอก (2549) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 90 คะแนน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อความพิการที่หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงออกมาในรูปแบบการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความโศกเศร้า หดหู่ หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ โดยใช้แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย แปลมาจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage et al. (1982) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 30 คะแนน

การรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความจำ ความคิด การรับรู้ การให้เหตุผล การจินตนาการและการตัดสินใจ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่คณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แปลและปรับปรุงจากแบบประเมิน Mini-Mental Examination (MMSE) ของ Folstein, Folstein, and McHugh (1975) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 30 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพยาบาลเพื่อการประเมินและเฝ้าระวังปัจจัยที่จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้มาจากการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้าและการรู้คิด มาพัฒนาแนวทางและวางแผนการพยาบาลร่วมกับการรักษาฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข
3. นำผลการวิจัยไปพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาล เพื่อลดและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร รายงานการวิจัยเพื่อดำเนินการวิจัยดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 ผลกระทบในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.5 ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย

- 3.1 ความหมายการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
- 3.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
- 3.3 การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.4 การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยทั่วโลก พบสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรทั่วโลกมีมากถึง 795,000 คน/ปี โดยพบผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกประมาณ 610,000 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำประมาณ 185,000 คน (Benjamin et al., 2019) และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย พบ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555 -2558 เป็น 354.54, 366.8, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) และพบอัตราตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 38.7 เมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็น 47.8 ในปี พ.ศ. 2560 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular disease) หมายถึง ลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต และมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตก ในคนไทยมักจะเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซึ่งมาจากอาการแสดงของโรคที่ปรากฏออกมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Gershkoff, Moon, Fincke, & Dangaria, 2015)

1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาได้ 2 ประเภท (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดแดงในสมองโดยเกิดพยาธิสภาพ 2 ลักษณะ คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่เกิดจากการมีลิ่มเลือด (thrombus) หรือก้อนเลือด (embolus) อุดตันที่ผนังหลอดเลือด ส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดได้ทุกแห่งพบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral artery) ซึ่งเส้นเลือดเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและส่วนควบคุมการรับรู้สีก ส่วนหลอดเลือดสมองอุดตัน เกิดจากมีลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น

ลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ต้นกำเนิดของสิ่งอุดตันมักมาจากบริเวณหลอดเลือดหัวใจหรือลิ้นหัวใจ โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม เป็นต้น หรือสิ่งอุดตันนี้อาจมาจากสาเหตุอื่น เช่น ฟองอากาศ เมื่อเกิดการอุดตันแล้วจะทำให้เนื้อเยื่อสมองตายผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน ระยะเวลาของการขาดเลือดการถูกทำลายของเนื้อเยื่อสมองและการได้รับเลือดทดแทนจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแรงลงจนในที่สุดเกิด microaneurism ซึ่ง microaneurism ที่เกิดไม่ใช่ aneurism ที่แท้จริงแต่เป็นกระเปาะที่มีเลือดซึมซังอยู่บ่งบอกว่าเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดเมื่อมีความดันโลหิตสูงกะทันหันกระเปาะดังกล่าวจึงแตกออกทำให้มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกดเบียดเกิดการอักเสบและตาย เช่นเดียวกับเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบๆ จะบวมมากจนอาจกดเบียดสมองบริเวณข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ การกดเบียดช่อง ventricle ทำให้น้ำไขสันหลังระบายไม่สะดวก มีสมองบวม อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงจนกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและสัญญาณชีพ ถ้าการกดเบียดไม่มากนัก ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อยๆสลายไปในช่วง 2 – 6 เดือน ตำแหน่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus กลีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons เมื่อมีเลือดออกในสมองส่วนที่ลึกลงไป cerebral hemisphere ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้สึกตัว ผู้ป่วยมักมีอาการชาหรืออ่อนแรงในส่วนหนึ่งของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค ถ้ามีเลือดออกในสมองซีกเด่นผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติด้านภาษา (aphasia) ร่วมด้วย ส่วนภาวะเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักเกิดซีกใดซีกหนึ่งผู้ป่วยจะเสียการทรงตัว เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550; Harvey et al., 2008)

1.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1.3.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนแรง มักเกิดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ส่วนโรคหลอดเลือดสมองแบบเลือดออกจะเกิดอาการรวดเร็ว แสดงอาการในไม่กี่นาทีจน

หลายชั่วโมง อาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้ายทอยหรือต้นคออย่างรุนแรง เวียนศีรษะบ้านหมุน อัมพาตชั่วคราว ระยะเวลาการเกิดประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในขณะนี้ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะนี้หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกต่ำจะเป็นตัวทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตต่ำด้วย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; วัลย์ลดา ฉันทวีเรื่อง วณิชย์, 2553)

1.3.2 ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง มี Glasgow Coma Score ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติ ความดันซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตร พบได้ตั้งแต่ 1 วัน จนถึง 14 วันเป็นต้นไป (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อจะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้ยังสามารถแบ่งเป็น 1) ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) ระยะฟื้นฟูระยะแรก เป็นระยะการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเพื่อฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรก หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) การฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (late recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการฟื้นฟูสภาพระยะแรกระยะนี้ปัญหาต่างๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษาและการช่วยเหลือตนเอง แต่การที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลงในระยะนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนแก้ไขไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ และปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนแก้ไขไม่ได้ ประกอบด้วย

1.4.1.1 อายุ โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นกับทุกคน แต่ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ หลังจากอายุ 55 ปี ความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 10 ปี ที่มีคนยังมีชีวิตอยู่ อันเนื่องจากผลของ Aging process (National Stroke Association, 2014)

1.4.1.2 เพศ ผู้หญิงต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละปีมากกว่าผู้ชายส่วนใหญ่เพราะผู้หญิงมีอายุยืนมากกว่าผู้ชายและโรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้สูงอายุรายงานประจำปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 55,000 คน พบเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชาย แต่ในวัยที่อายุน้อย พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (National Stroke Association, 2014) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้หญิง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาคุมกำเนิดโดยเฉพาะเมื่อรวมกับการสูบบุหรี่และการรักษาด้วยฮอร์โมนหลังวัยหมดประจำเดือน (American Stroke Association, 2014)

1.4.1.3 กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่บุตรจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเชื้อชาติคนผิวดำมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกว่าคนผิวขาว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคนผิวดำมีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคอ้วน (American Stroke Association, 2017; Benjamin et al., 2017)

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ ประกอบด้วย

1.4.2.1 โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยป้องกัน Microvascular complication (National Stroke Association, 2014; Benjamin, et al., 2017) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความดันโลหิตร่วมด้วย การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและยังช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย

1.4.2.2 โรคความดันโลหิตสูง ความดันเลือดสูงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเพิ่มความเสียหายทั้งในกรณี Hemorrhagic และ Ischemic stroke ถึง 8 เท่า (นิจศรีชาญณรงค์, 2556) และความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงความดันเลือดที่สูงขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550) โดยความดันเลือดที่สูงทำให้หลอดเลือดโดนทำลายเสียหาย (American Stroke Association, 2017)

1.4.2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการมี LDL-C สูง และมี HDL ต่ำ ไขมันในเลือดสูงจะสามารถสร้างและทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันจนนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง (นิจศรีชาญณรงค์, 2556; American Stroke Association, 2017)

1.4.2.4 ภาวะ Atrial fibrillation (AF) ทำให้หัวใจเกิดการคั่งของเลือดมีการรวมตัวของเลือด เกร็ดเลือดและเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (American stroke association, 2017)

1.4.2.5 การสูบบุหรี่ การศึกษาที่ผ่านมายืนยันว่าการสูบบุหรี่ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่ทำลายระบบหัวใจและหลอดเลือดและนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (National Stroke Association, 2014) จากรายงานความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีนพบว่า เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.21, 1.21, 1.36 ตามลำดับในกลุ่มที่สูบบุหรี่ 1 - 9, 10 - 19 และ ≥ 20 มวนต่อวัน (Kwon et al., 2016)

1.4.2.6 การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือ Transient ischemic attack (TIA) มาก่อน ภายในห้าปีถัดไปโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นอีก โดยพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 24 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิง และร้อยละ 42 ของเพศชายที่รอดชีวิต (National Stroke Association, 2014)

1.4.3 ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย

1.4.3.1 ความอ้วน ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานซึ่งทั้งหมดนี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Stroke Association, 2017)

1.4.3.2 การขาดการออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ น้ำหนักเกิน นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะคลอเลสเทอรอลในเลือดสูงและโรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2017)

1.4.3.3 การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปสามารถเพิ่มระดับของไขมันในเลือด (ไตรกลีเซอไรด์) ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวและปริมาณแคลอรีที่เพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่โรคอ้วนและความเสี่ยงสูงขึ้นในการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการดื่มสุรามากเกินไปจึงอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองได้ (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550; American Stroke Association, 2017)

1.4.3.4 การใช้ยาคุมกำเนิด พบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนต่ำ มีความเสี่ยงน้อยกว่า แต่ไม่ควรใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (National Stroke Association, 2014)

1.4.3.5 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (Vasculitis) (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.5 ผลกระทบภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1.5.1.1 การสูญเสียความสามารถในเคลื่อนไหว ผู้ป่วยมักมีอาการอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และแขนขาอาจอ่อนแรงไม่เท่ากันทำให้มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว เดินเซ นอกจากนี้ยังมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขน ขา เหยียดลำบากทำให้การเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติการเคลื่อนไหวของข้อไหล่หรือสะโพก อาการปวดไหล่ การหดสั้นของกล้ามเนื้อ การยึดติดของข้อ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

1.5.1.2 ปัญหาการสื่อสาร ความบกพร่องทางการสื่อสารของผู้ป่วยมักได้แก่ พูดไม่ชัด มีความลำบากในการออกเสียงคำนั้นๆ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง ทำให้พูดลำบาก (Dysarthria) (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และบางรายมีความผิดปกติในการสื่อความหมาย (Aphasia) เนื่องจากพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายบริเวณ Broca's area ผู้ป่วยจะตอบคำถามได้แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่ถูกต้องได้ หรือ มีความผิดปกติที่ส่วน Wernicke's area ผู้ป่วยพูดได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย เนื้อหาคำพูดวกวน ไม่สัมพันธ์กัน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

1.5.1.3 การกลืนลำบาก (Dysphagia) ผู้ป่วยบางรายมีความผิดปกติของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อที่ควบคุมในการเคี้ยวและการกลืน พบว่ามีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลืนลำบากร้อยละ 20.7 (Arnold et al., 2016) และมีทำให้เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ภาวะหุพโภชนาการ การสำลัก ปอดอักเสบ และเสียชีวิตได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.5.1.4 ปัญหาด้านการรู้คิด (Cognitivedysfunction) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาในการรู้คิด เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง มีความบกพร่องในการวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การละเลยส่วนของร่างกายครึ่งซีก ทำให้มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.5.1.5 ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ บางรายอาจมีปัสสาวะคั่งไม่สามารถปัสสาวะออกได้หมด โดยเฉพาะผู้ที่มีรอยโรคบริเวณ frontal lobe และ bilateral hemisphere นอกจากเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมองแล้ว การควบคุมปัสสาวะไม่ได้ยังอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้หรือมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ หรือไม่คอยรู้สึก ส่วนอาการท้องผูก ถ่ายลำบาก อาจเนื่องจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย การดื่มน้ำน้อย การใช้ยาบางชนิดที่ทำให้ท้องผูก ผู้ป่วยจึงต้องใส่ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพราะความบกพร่องหรือความพิการทางด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตประจำวันต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ความซึมเศร้า หดหู่ หรือหงุดหงิด ความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ โดยความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมนั้นมักมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งความผิดปกติทางด้านจิตใจที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พบบ่อยสุด คือ ภาวะซึมเศร้า (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) พบร้อยละ 17.7 ของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mitchell, 2017)

1.5.3 ผลกระทบด้านสังคม

ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีปัญหาความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต ตามมา ทำให้มีเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงต้องรับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาบุคคลอื่นหรือในครอบครัวในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจ มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับสังคม โอกาสติดต่อบุคคลในสังคมลดลง แยกตัวออกจากสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและครอบครัวลดลง

1.5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การที่ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจครอบครัวในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อม เพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือมีรายได้เหมือนเดิมรวมทั้งต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิมทำให้สูญเสียรายได้เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวนี้มักนำไปสู่ความเครียดและวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง (Salter, Jutai, & Teasell, 2005; Thompson & Ryan, 2009)

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นอีกหนึ่งสาเหตุหลักของความพิการและทุพพลภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยที่มีความพิการ อัมพฤกษ์อัมพาต มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

2.1 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาพว่า เป็นการมุ่งให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่อาจเกิดจากผลของโรค หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดทั้งในด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขพอสมควรแก่อัตภาพ

Eliopoulos (2001) (อ้างถึงใน สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2550) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุ เป็นความเพียรที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่ละคนให้พัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อให้สามารถปรับตัวได้ดี พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีความผาสุกและมีความพึงพอใจในชีวิต

กฤษณา พิวเวช (2552) ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจและสังคมจะเอื้ออำนวย ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากที่สุด เพื่อให้ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Mauk (2011) ได้ให้ความหมายว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การฟื้นฟูบุคคลที่ทุพพลภาพจากสภาพร่างกายที่มีข้อจำกัดในการทำงานไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวรให้มีการฟื้นตัวและเกิดการฟื้นฟู

สิทธิ อติรัตนนา, บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, พรพชร กิตติเพ็ญกุล, and ลัดดา ลากศิริ อนันต์กุล (2554) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพมีวิธีการหลายอย่าง โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การให้คำแนะนำปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำ การฝึกการเคลื่อนไหว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็นอยู่

WHO (2017) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ช่วยลดความพิการและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (ภาวะสุขภาพที่กล่าวมา หมายถึงโรค (เฉียบพลันหรือเรื้อรัง) ความผิดปกติการบาดเจ็บหรือการเจ็บจากอุบัติเหตุ อาจรวมไปถึง การตั้งครุฑ การสูงอายุ ความเครียด หรือความพิการตั้งแต่กำเนิด หรือความบกพร่องทางพันธุกรรม

กึ่งแก้ว ปาจารย์ (2550) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ความหมายจะเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองในการทำการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ได้มากที่สุด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุด ฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีความสามารถทางร่างกายจิตใจและสังคมได้เต็มที่ หรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, 2554) ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ทราบความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่นๆ รวมทั้งค้นหาปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเน้นให้ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยเป็นตัวหลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีบุคลากรทางการแพทย์และญาติเป็นผู้คอยช่วยเหลือ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญประกอบด้วย การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการออกกำลังกายบำบัด การออกกำลังกาย ด้านจิตใจและสังคม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันทำการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย (Ward, Barnes, Stark, & Ryan, 2009)

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ความพอใจสูงสุดของบุคคลในวัยสูงอายุ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เมื่อเกิดภาวะทุพพลภาพไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม ผู้สูงอายุปรารถนาที่จะลดภาวะทุพพลภาพและด้อยโอกาสลงให้ได้มากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตได้และพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมในการฝึกตนเองการฝึกฝนให้เกิดการปรับตัว

หรือการใช้กายอุปกรณ์ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาวไม่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น ยังรวมถึงทางด้านจิตใจและสังคม

กระบวนการสูงอายุหรือความชราเป็นเหตุทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะความเครียดและการรักษาสมดุลของร่างกายลดลง และมีแนวโน้มการเกิดสภาวะเรื้อรังหลายอย่างที่น่าไปสู่การเกิดปัญหาความพิการ อาจเกิดจากความรุ้ความเข้าใจช้าลง การสับสน การหลงลืมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วย ทางด้านสังคมผู้สูงอายุอาจจะทุกข์ทรมานจากการสูญเสีย อาจอยู่ตามลำพังและไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือได้รับความช่วยเหลือน้อย ทางด้านการปรับตัววัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สภาพเศรษฐกิจครอบครัว และคู่ครองเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุทั้งสิ้น เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ ในวัยผู้ใหญ่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านกับครอบครัวและอยู่ในชุมชนสามารถประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตได้ดังเดิม แต่ในผู้สูงอายุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการฟื้นฟูหน้าที่เพื่อคงไว้ในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวันและเพื่อการคงไว้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2550)

จรัสวรรณ เทียนประภาส (2536) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคาดหวังในเรื่องการมีอิสระแก่ตนเอง 3 ระดับ คือ 1) การดูแลตนเอง (self-personal care) เป็นความสามารถที่จะจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันหรือกิจวัตรประจำวันระดับพื้นฐาน 2) การยังชีพมีชีวิตรอยู่ด้วยตนเอง (self-sustenance) ความสามารถในการยังชีพด้วยตนเองบางกรณีผู้สูงอายุอาจมีรายได้ประจำของตนเอง เช่นจากบำนาญหรือจากแหล่งอื่นหรือบางรายที่ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่พอย่อมมีความจำเป็นต้องมีเงินอุดหนุนบ้าง 3) การทำรูปบำรุงรักษาตนเอง (self-maintenance) ความสามารถในการบำรุงรักษาตนเองหรือการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือจากชุมชนในเรื่องของความเจ็บป่วยเรื้อรังและบริการทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536)

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ พยาบาลสามารถลดอัตราอุบัติการณ์อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้โดยการระบุและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุ การควบคุมความดันโลหิตสูง ความละเอียดของภาวะไขมันในเลือดต่ำ การบริหารจัดการโรคเบาหวาน การแข็งตัวของเลือดในภาวะหัวใจห้องบน (atrial fibrillation) ในผู้ป่วยรายที่ป่วยเป็นโรคเหล่านี้ร่วมด้วย มีการส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการเลิกสูบบุหรี่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงการประเมินและการรักษาภาวะฉุกเฉิน และการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมอาจเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์การทำงานที่ด้านร่างกายในผู้สูงอายุ (Michael & Shaughnessy, 2006) แม้ในการฟื้นฟูการทำงานที่ด้านร่างกายอายุมากกว่า 85 ปี อาจมีการฟื้นตัวช้า

ในด้านการทำกิจจะวัตรประจำวันกว่าวัยผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าถึง 6 เท่า แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของร่างกายเพียงเล็กน้อยแต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Paolucci, Antonucci, & Troisi, 2003)

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะครอบคลุมหลายมิติที่สำคัญ ประกอบด้วย การป้องกัน การเฝ้าระวัง การรักษาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การฝึกช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด การกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ช่วยยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคม จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม ซึ่งผู้ให้การดูแลต้องเข้าใจผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่แวดล้อม โดยที่ผู้ป่วยเองจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยไม่ใช่รอรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงอย่างเดียว (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องน้อยสามารถเรียนวิธีการฟื้นฟูเพื่อไปทำเองที่บ้าน หรือมารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ผู้ที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมากหรือมีความบกพร่องหลายๆ ด้าน ควรได้รับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ยกเว้นรายที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูได้เต็มที่ อาจต้องใช้วิธีการฟื้นฟูแบบใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน (กฤษณา พิวเวช, 2552)

2.5 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา มีการแบ่งช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพออกเป็น 3 ช่วง โดยมีเป้าหมายและแนวทางแตกต่างกัน ดังนี้ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.5.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้ผลดี คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้การฟื้นฟูจะเริ่มทันทีเมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (Knecht, Hesse, & Oster, 2011) โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดถ้าได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว ดังผลการศึกษาของ Hayes (1986) ที่ว่าถ้าเริ่มการฟื้นฟูสภาพภายใน 24 ชั่วโมงแรกจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และกลับบ้านได้เร็ว การเริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงไม่เพียงแต่จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นเท่านั้นแต่ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย ปัญหาต่างๆ ที่พบในระยะเฉียบพลันมักเกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา เช่น ข้อยึดติด แผลกดทับ ปัญหาการหายใจ เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้จึงมี

จุดประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเน้น early activation กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขยับตัว มีการเคลื่อนไหว กระตุ้นและฝึกผู้ป่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติและดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550; กฤษณา พิรเวช, 2552)

2.5.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล โดยต้องมีการประเมินผู้ป่วยทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้ และฝึกหัด รวมถึงแรงจูงใจเพื่อที่จะได้ทราบถึงศักยภาพของผู้ป่วย และจัดโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะนี้ทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การฝึกเองที่บ้าน หรือมาฝึกกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเป็นระยะ หรือมาฝึกที่สถานบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน สถานบริการอาจเป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพก็ได้ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์หลายด้านควรได้รับการดูแลและสุดในโรงพยาบาล

2.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือหยุดฝึกโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานบริการ ไม่ใช่เป็นเพียงการสิ้นสุดระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หมายถึงการเริ่มต้นการดำเนินชีวิตใหม่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นจะกลับสู่สังคมภายนอก โดยอาจยังคงพบเทาเดิมหรือลดพบเทาอย่างมาก ผู้ป่วยต้องปรับตัวอีกครั้ง และอาจค้นพบปัญหาใหม่ๆ ผู้ให้การดูแลรักษาควรนัดผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาตรวจประเมินและให้คำแนะนำไประยะ อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีแรกเพื่อให้ผู้ป่วยของระดับความสามารถที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นอีก

3. การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งวัตถุประสงค์ที่ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพต้องการ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้ผู้ป่วยมีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (พรพิมล มาศสกุล และคณะ, 2559)

3.1 ความหมายการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical function)

Bronstein et al. (1991 อ้างถึงใน ยูพิน หมิ่นทิพย์, 2539) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นผลโดยตรงกับความสำเร็จบรรลุผลของการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวจะประเมินได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

Calvani and Douris (1991) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนไหว เป็นการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประกอบด้วย การอาบน้ำ แต่งตัว สวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับประทานอาหาร การเดิน รวมถึงความสามารถของผู้ป่วยในการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสังคม

Painter, Stewart, and Carey (1999) ได้กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นการทำกิจกรรมและกิจวัตรขั้นพื้นฐาน โดยความสามารถในการทำกิจกรรมนี้จะเป็นสิ่งที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของร่างกายและการช่วยเหลือตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ในการประเมินความก้าวหน้าจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะวัดจากการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย จากการศึกษาของ (Paolucci et al., 1998) ที่ได้ประเมินผลการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้ป่วยจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น และในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Cameron & Kurrle, 2002; Luk, 2012)

ในการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวันและการเคลื่อนไหว ได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ประกอบด้วย การอาบน้ำ การหวีผม การสวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขึ้นบันได

3.2 องค์ประกอบของการทำหน้าที่ด้านร่างกายของ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) ได้พัฒนาเกณฑ์การจำแนกการทำหน้าที่ของร่างกาย ความพิการและภาวะสุขภาพนานาชาติ (The International Classification of Functioning Disability and Health : ICF) เพื่อศึกษาผลกระทบของโรคที่ก่อความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ เพื่อที่จะอธิบายการทำงานของร่างกาย และความพิการ โดยใช้หลักการเชื่อมโยงปัญหาและสาเหตุเพื่อให้วิเคราะห์ถึงความบกพร่องและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหาหาแนวทางในการแก้ไขได้อย่างเฉพาะเจาะจงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถชีวิตได้อย่างปกติ ICF model แสดงจะสถานะสุขภาพของบุคคลในแต่ละองค์ประกอบ (ดารณี สุวพันธ์, 2556) ซึ่ง ICF จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.2.1 ด้านการทำงานของร่างกายและความพิการ แบ่งออกเป็น

3.2.1.1 การทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย (Body function & Structure) การสูญเสียของร่างกายส่วนนี้ทำให้เกิด “ความบกพร่อง” (impairment) หรือการสูญเสียการทำงานของร่างกายหรือโครงสร้างของร่างกาย เป็นการประเมินการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา และรวมไปถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ตัวแปรในปัจจุบันนี้ พยาธิสภาพของโรค การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระยะเวลาการเกิดโรค การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า

3.2.1.2 กิจกรรม (Activity) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิด “ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม” (activity limitation) หรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในการวิจัยนี้ประเมินหน้าที่ด้านร่างกายทั้งหมดด้วยการทำกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินลงบันได

3.2.1.3 การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การสูญเสียความสามารถส่วนนี้จะก่อให้เกิดปัญหาที่บุคคลประสบปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งใช้คำว่า “อุปสรรคในการมีส่วนร่วม” (participation restriction) ตัวแปรในปัจจุบันนี้ คือ การทำกิจวัตรประจำวันในขั้นสูง (IADL) เช่น การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร ซึ่งปัจจัยนี้จะมีความซับซ้อนกับตัวแปรตาม ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษา

3.2.2 ด้านปัจจัยแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของร่างกายและความพิการ แบ่งออกเป็น

3.2.2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกของบุคคลมีผลกระทบต่อตัวบุคคลและมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ชุมชน สถานที่ อุปกรณ์ช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม บริการทางสุขภาพ เป็นต้น ตัวแปรในปัจจุบันนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

3.2.2.2 ปัจจัยส่วนตัวบุคคล (Personal factors) หมายถึง ปัจจัยที่สะท้อนถึงตัวตนของบุคคลและการมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ เช่น เชื้อชาติ นิสัย ฐานะเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย อาชีพ อายุ เพศ เป็นต้น ตัวแปรในปัจจุบันนี้ ได้แก่ เพศ และอายุ

จากกรอบแนวคิดนี้อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อม คือ ปัจจัยส่วนตัวบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยแวดล้อมก็ได้รับผลมาจากอีก ภาวะสุขภาพ การ

ทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่นกัน กล่าวได้ว่าแต่ละปัจจัยต่างก็มีอิทธิพลต่อกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้เมื่อนำแนวคิด ICF model มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เห็นว่าความผิดปกติและความพิการไม่ได้มีสาเหตุจากตัวพยาธิสภาพของโรคเพียงอย่างเดียว แต่มาจากปัจจัยแวดล้อมอื่นด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาตรฐานสุขภาพนั้นได้อย่างเหมาะสม

3.3 การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในวัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแต่ละคนก็จะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ อาชีพหรือความเครียด ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างมากเมื่ออายุ 60 - 70 ปี ทำให้ความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง กระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลงส่งผลทำให้มีการฟื้นฟูสภาพช้า (Ever, 1994) เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังเกิดโรคส่วนใหญ่จะได้รับผลจากพยาธิสภาพของโรค อาการจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นกับรอยโรคและตำแหน่งที่เกิดโรค ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งในด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาตของแขนขา อัมพาตครึ่งซีก อาการกลืนลำบาก มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความพิการหรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองนี้ มักเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ พบความชุกอัมพาต อัมพาต ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.3 ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปีทำให้มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการสื่อสาร มีความบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) เช่น การขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง มี ผลทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสม และอาจส่งผลกระทบยาวทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมได้ (กิงแก้ว ปาจารย์, 2550) ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลง (ปทิตตา ทรวงโพธิ์ และคณะ, 2556; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ในด้านจิตใจผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดตามมาจากสภาพความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552, Llorca, 2015;) จากการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย (Ahn et al., 2012) ในด้านครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุมีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแล รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับการจัดการให้เหมาะสมที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุกลับมามีความสามารถในการทำ

กิจกรรมต่างๆ เบื้องต้น เช่น การทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (สมจินต์ เพชรพันธุ์ ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2550) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จะตามมา จากการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 พบมากที่สุดคือ แผลกดทับ รองลงมา คือ การติดเชื้อ ข้อติดแข็ง ภาวะเกลือในเลือดต่ำ หัวใจล้มเหลว และกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

3.4 การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

3.4.1 The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่ใช้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเอง หรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรมโดย Katz (1963) ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมดของกิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ การรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมที่ทำได้ด้วยตัวเองและ กิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยแบบประเมินนี้ใช้ได้ทั่วไปทั้งผู้ป่วยและใช้ประเมินผู้สูงอายุ

3.4.2 Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Recovery After Stroke (FMA) เป็นแบบประเมินความสามารถในการควบคุมเคลื่อนไหวของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดย Fugl-Meyer et al. (1975) จากแนวความคิดในการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Brunnstorm ใช้ในการประเมิน motor ส่วนรยางค์แขนและรยางค์ขา ยังมีการประเมินการทรงตัวในท่านั่งและท่ายืน ช่วงการเคลื่อนไหวข้อต่อ มีจำนวน 155 ข้อประเมิน คะแนนเต็ม 226 คะแนน ให้คะแนนเชิงเรียงอันดับ จาก 0-2 คะแนน โดย 0 คือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย 1 คือสามารถทำการเคลื่อนไหวได้บ้างแต่ไม่สมบูรณ์ และ 2 คือสามารถทำการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ และเกณฑ์การประเมินการรับรู้ความรู้สึก คะแนน 0 คือไม่รู้สึกละเลย 1 คือ มีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึก และ 2 คือ รับความรู้สึกได้ตามปกติ ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ การประเมินใช้เวลานาน มีการประเมินส่วนแขนมากกว่าส่วนขา และไม่สามารถประเมินผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี

3.4.3 Functional Independence Measure (FIM) พัฒนาเพื่อประเมินความพิการผู้ป่วยในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา โดย McDowell & Newell (1996) ใช้ประเมินความพิการด้านร่างกายในผู้ป่วย stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, multiple sclerosis ลักษณะคำถามมีการแบ่ง 2 โดเมนหลัก คือด้าน motor 13 ข้อ ด้าน cognitive 5 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ มีคะแนนรวมทั้ง 18-126 คะแนน จากเกณฑ์การประเมิน มี 7 ระดับ โดย 1 คือ ระดับที่ผู้ป่วยต้องอาศัยการช่วยเหลือทั้งหมดไปจนถึง 7 คือ คะแนนสำหรับระดับความสามารถแบบที่ผู้ป่วยทำได้เองทั้งหมด (independent – complete) ข้อจำกัด คือ ต้องได้รับการอบรมก่อนนำไปใช้ และเหมาะสมประเมินในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในเท่านั้น

3.4.4 Barthel index สร้างโดย Mahoney and Barthel (1965) เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดความพิการด้านร่างกายโดยวัดการเคลื่อนไหว และความพิการต้องการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคทางระบบneuromuscular หรือ musculoskeletal ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) ลักษณะคำถามจะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 20 คะแนน 0-4 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ 5-8 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย 9-12 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง 12-20 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี การทดสอบความตรงของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมิน ระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทยโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

ในการเลือกเครื่องมือในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เลือกใช้เครื่องมือ Barthel Index (Mahoney and Barthel, 1965) เนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ครอบคลุมกรอบ International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) (World Health Organization, 2001) ด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) คือ ด้านการควบคุมเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหว ข้อต่อแขนขา ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (วาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์ วิมลวรรณ เขียงแก้ว และชุตติมา ชลาชนเดชะ, 2559) เครื่องมือใช้ง่าย แพร่หลาย สามารถวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก Cronbach's alpha 0.90 (ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ., 2549; Polit & Beck, 2006; Shah, Vanclay, & Cooper, 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีการศึกษาของ พรพิมล มาศสกุลพรรณ (2549) และ จิรวรรณ โปรดบำรุง (2560) ที่ประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก Activity of Daily Living (ADL) โดยทั้งสามการศึกษาได้ใช้เครื่องมือ Barthel index ในการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ดังนั้น แบบประเมิน Barthel Index จึงเหมาะสมในการนำมาประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีหลายปัจจัย ดังนี้ การศึกษาของ (กัญจน์ธิดา เยียดไธสง, 2558) พบปัจจัย ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล พยาธิสภาพ อายุ และภาวะซึมเศร้า การศึกษาของ พรพิมล มาตสกุลพรรณ (2549) พบปัจจัย การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระยะเวลาการเกิดโรค การรู้คิด และระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกาย และการศึกษาของ จีรวรรณ โปรตบำรุง (2560) พบปัจจัย เพศ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และในการคัดสรรตัวแปรที่จะศึกษาในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตามแนวคิดของ ICF model ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยแยกตามองค์ประกอบ ICF model ตัวแปรที่นำมาศึกษา คือ ด้านการทำงานของร่างกายและโครงสร้างของร่างกายและจิตสังคม เลือกปัจจัย การรู้คิดและภาวะซึมเศร้า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาย้อนหลังและยังไม่มีศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล เลือกปัจจัย เพศ อายุ เนื่องจากยังเป็นปัจจัยที่ขัดแย้งกับการศึกษาในต่างประเทศ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนด้านการทำกิจกรรมและด้านการมีส่วนร่วมพบว่ามีความเข้าช้อนกับตัวแปรตามจึงไม่ได้นำมาศึกษา ส่วนปัจจัยอื่น เป็นปัจจัยที่เคยศึกษาแล้วและนำไปจัดกระทำไม่ได้จึงไม่ได้นำมาศึกษา ปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

4.1 อายุ ผู้ป่วยสูงอายุมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดความผิดปกติทางร่างกายและส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Rusin, 1990) จากการศึกษา พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลชัดเจนต่อผลการทำหน้าที่ด้านร่างกายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ณัฐเศรษฐ์ มนินนาร และคณะ., 2552) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยจะมีผลลัพธ์การหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ (Meiner, 2015) สอดคล้องกับการศึกษา Jongbloed (1986) ได้รวบรวมผลการศึกษา 14 รายงาน พบว่า ผู้ที่สูงอายุจะมีผลการทำหน้าที่ด้านร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่วนการศึกษาของ Čičkušić et al. (2011) กล่าวว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย และการศึกษา Liu et al. (2007) พบว่า อายุเพิ่มขึ้นทุกปีจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาเพียง 4 รายงานที่ พบว่า อายุกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กัน (Jongbloed, 1986) ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าอายุอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างของสรีระร่างกายแต่ละบุคคล บ่งบอกถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบครอบครัวและสังคม จากรายงานการวิจัย พบว่า เพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (วัตินีย์ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด, 2559) การศึกษาของ Lofgren (1998) พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ Howard (2007) ที่พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุเพศหญิงพบว่ามีปัญหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายเมื่อเกิดโรค ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าเพศอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 ภาวะซึมเศร้า

4.3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความไว้ ดังนี้

กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2550) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ ภาวะนี้มักส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพสมองด้านอื่นๆ เช่น ความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหาตอบสนองในรูปแบบการกระทำและลดความสามารถในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านักไม่ร่วมมือให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความก้าวหน้าในการฝึกช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีอารมณ์เศร้า เบื่อ ท้อแท้ หรือหมดความสนุกสนานในชีวิต ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอีก 4 อาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ แยกตัวเอง กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย

Legg (2017) ภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะมีอาการและระยะเวลาในการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะแสดงอาการระหว่าง 2 – 6 เดือนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามอาการอาจเกิดขึ้นเร็วในหนึ่งเดือนและยาวเป็นเวลาหลายปีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความแตกต่างของระยะเวลาการเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เกิดขึ้นในสมองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ และความรู้สึกเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ท้อแท้ มีปัญหาเรื่องความจำและขาดสมาธิ มีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิดฆ่าตัวตาย

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด มีรายงานอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 92 (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา, 2548) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความก้าวหน้าด้านร่างกายในการฝึกซ้ำหรือได้ผลลดลง (Schmid et al., 2012) สอดคล้องคลึงกับการศึกษาของ Matsuzaki et al. (2015) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Ahn et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี่ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masskulpan et al., 2008) ดังนั้น จึงคาดว่าภาวะซึมเศร้าอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.3.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้โดยใช้แบบประเมินดังต่อไปนี้

4.3.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (Beck Depression Inventory: BDI) สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม – ปัญญานิยม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3

4.3.3.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย แปรมาจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage et al. (1982) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนนตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น กลุ่มคณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย. คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่า

เป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย, คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

4.3.3.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression: HAS-D) สร้างโดย Hamilton (1950 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) มีการปรับปรุงเรื่อยมาจนปี ค.ศ. 1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ แบบประเมินมีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างและตรงวัตถุประสงค์ในการวิจัย แบบสอบถามนี้ผู้ช่วยสามารถประเมินตนเองได้ ใช้เวลาในการทดสอบเพียง 10 นาที มีความน่าเชื่อถือ ผ่านการใช้ในประเทศไทยมานาน โดยผลการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ พบว่า มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิง เท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

4.4 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและการมาเยี่ยมของบุคคลากรทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจทำให้มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด, 2559)

4.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Weiss (1974 cite in (Brandt & Weinert, 1981; Tiden & Weinert, 1990; Weinert, 2003) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความซื่อหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยไม่เกิดความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว
2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่าเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. การได้รับการช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อมูลข่าวสาร

4. การรับรู้ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5. การได้รับโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือจะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์

Kaplan et al. (1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางด้านสังคมที่บุคคลได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม หรืออาจหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปของแหล่งสนับสนุนหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

ดร.นวรรณ จันทร์แก้ว (2554) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการส่งเสริมสนับสนุนแก่บุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จากสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคล ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกได้รับความช่วยเหลือที่ส่งผลสะท้อนต่อการกระทำของบุคคล

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ทางบุคคลทางความสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและการมาเยี่ยมของบุคลากรทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจทำให้มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishigaki et al. (2015) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีผลทางบวกในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้หากเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านการมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม) เข้าไปเยี่ยมดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ดีขึ้น (จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และคณะ, 2559) การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ยากลำบากมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทำให้ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายทำให้การฟื้นฟูหายล่าช้า (Koh et al., 2014) ดังนั้น จึงคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.4.3 เครื่องมือที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม

4.4.3.1 The Personal Resource Questionnaire สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (1981) ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการรับความช่วยเหลือ และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สร้างตามขึ้นแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) มีคำถาม 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน โดยข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ย 25 – 175 คะแนน Weinert (2003) ได้ทดสอบความเที่ยงได้ค่าอัลฟา .90 การตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหาได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง .87 - .93

4.4.3.2 Social Support Questionnaire ได้พัฒนาและทดสอบโดย Sarason, et al. (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถามแต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพาและความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับโดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มีและถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึงถึงพอใจมากถึง 6 คะแนนหมายถึงไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้สัมประสิทธิ์ความเที่ยง .83 ถึง .90

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร ภาษานอก (2549) ที่แปลมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) มีค่าดัชนีความตรงและความเที่ยงเท่ากับ .80 มีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบบ Linkert scale 6 ระดับ ดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือเพราะผ่านการทดสอบความตรงความเที่ยงของเครื่องมือ และพบว่าค่าความตรงกับค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

4.5 การรู้คิด (Cognitive function)

4.5.1 ความหมายของการรู้คิด มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กึ่งแก้ว ปาจริย์ (2550) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางต่างๆ และแปลความหมาย ทำความเข้าใจจดจำและดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิดจึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เจษฎา เขียนดวงจันทร์ (2558) ให้ความหมายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์คิดช้า มีปัญหาทางการสื่อสาร สมองอาจรวมไปถึงสมองเสื่อมอันเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการรู้คิดที่ผิดไปส่งผลในการร่วมมือในการทำกิจกรรม

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจำแนกที่รับข้อมูลเข้าไปตามช่องทางรับรู้ มีการแปลความหมายทำความเข้าใจและจดจำรวมถึงการแปลข้อมูลเพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม

รัชดาภรณ์ หงษ์ทอง (2556) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการทางประสาทวิทยาที่รวมถึงภาวะจิตใจ ประกอบไปด้วย การรับรู้ (perceiving) ความจำ (remembering) การจินตนาการ (imagining) ความคิด (thinking) การให้เหตุผล (reasoning) และการตัดสินใจ

สถาบันประสาทวิทยา (2546) ให้ความหมายว่า เป็นการทำงานของสมองเป็นกระบวนการทำงานเกี่ยวกับด้านความจำ ด้านการคิด และการตัดสินใจ

ดังนั้น การศึกษานี้ การรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความจำ ความคิด การรับรู้ การให้เหตุผล การจินตนาการและการตัดสินใจ

4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การรู้คิด คือ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์คิดช้า มีปัญหาทางการสื่อสาร สมองอาจรวมไปถึงสมองเสื่อมอันเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการรู้คิดที่ผิดไปส่งผลในการร่วมมือในการทำกิจกรรม (เจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องของการรู้คิดจากพยาธิสภาพของสมองจากการขาดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง (Danovaska et al, 2007) จากการศึกษาของ Zinn (2004) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ones et al. (2009) ที่พบว่า ระดับความรู้คิดที่ดีหรือปกติส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความบกพร่องทางการรู้คิดจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่งลงของการทำกิจวัตรประจำวัน

(Claesson et al. 2005) ดังนั้น จึงคาดว่า การรู้คิดอาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4.5.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิด มีแบบประเมินดังต่อไปนี้

4.5.3.1 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) แบบประเมินสำหรับ Mild cognitive impairment ผู้ป่วย Stroke สร้างขึ้นโดย Nasredine (1996) มีการวัดคุณภาพเครื่องมือการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha .83 ครอบคลุมด้านความจำระยะสั้น ทดสอบโดยให้ตอบ 5 อย่างที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผ่านมา ด้านการทำงานของสมอง ด้านการจัดการ ด้านความสามารถบางอย่าง ภาษา ด้านความตั้งใจ สมาธิและความจำ และด้านการรับรู้เวลา แบบประเมินนี้มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนที่ได้น้อยกว่า 25 คะแนน มีภาวะเสี่ยง และให้เพิ่ม 1 คะแนน สำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี ข้อดี คือ มีแปลหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย มีการทดสอบทั้งความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกับการคัดกรองโดยเนื่องจาก MMSE ข้อจำกัด คือ แบบทดสอบเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีการศึกษา (สมิต ประสันนาการ และคณะ(Magierska, Magierski, Fendler, Kłoszewska, & Sobów, 2012; Nasreddine et al., 2005; สมิต ประสันนาการ อัจฉรา คำมะทิตย์ ฐิติวรรณ โยธาทัย และปานเพชร สุกุลคุ, 2560) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่คณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545) แปลมาจากแบบประเมิน Mini – Mental Examination (MMSE) ของ Folstein et al. (1975) ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยง (Validity and Reliability) พบว่า แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความถ่วงจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง แบบทดสอบนี้ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้เวลาสถานที่ (orientation) การจดจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) ผู้แปลได้คงความหมายดั้งเดิมของภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามไว้ มีการลดข้อจำกัดของแบบประเมินเดิมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาโดยการทดลองใช้ในทุกกลุ่ม ปรับค่า cut-off point ใหม่ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน จุดตัดคะแนนการรู้คิดในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 คะแนน จุดตัด ≤ 14 การศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน จุดตัดคะแนน ≤ 17 การศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน จุดตัดคะแนน ≤ 22

การวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai, 2002) ในการประเมินการรู้คิดของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรู้

คิดของบุคคลได้อย่างครอบคลุม เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถประเมินบุคคลได้ทุกระดับการศึกษา รวมทั้งบุคคลที่ไม่ได้เรียนหนังสือด้วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บอกคำตอบ จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 หลักการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนควรได้รับการฟื้นฟูเร็วที่สุดเมื่ออาการคงที่ การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยควรมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของทั้งตัวผู้ป่วยและทีมรักษา มีความยืดหยุ่น ต่อเนื่องและมีการประเมินเป็นระยะ โดยมีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานการดูแลให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินไปสู่เป้าหมายเร็วขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็นซ้ำได้แม้ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทีมฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องคอยการประเมินลักษณะอาการ สภาพจิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการของ acute stroke เช่น อ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกเพิ่มขึ้น หรือความผิดปกติอื่นๆ จะต้องให้การดูแลตามหลักการรักษาทันที (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

5.2 บทบาทของพยาบาลฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5.2.1 การค้นหาโรคและความเจ็บป่วย ในขั้นตอนนี้ พยาบาลควรทำความเข้าใจในมิติต่างๆของผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกต่อโรคหลอดเลือดสมองผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อการดำเนินชีวิตและความคาดหวังต่อการฟื้นฟูสภาพว่าจะดำเนินไปอย่างไร รวมทั้งความเชื่อต่างๆของผู้ป่วย และระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่บางรายอาจมีปัญหาด้านการรับรู้ ความจำ หรือนอนติดเตียง ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับมิติดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเข้าใจความพร้อมความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ความรู้สึกและความเชื่อของผู้ป่วยมากขึ้น และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

5.2.2 การประเมินสภาวะพฤติกรรมและความพร้อมของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

5.2.2.1 ความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถเชิงปฏิบัติการของผู้ป่วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ การพลิกตัว เคลื่อนไหวในเตียง การเปลี่ยนอิริยาบถ การนั่ง การยืน การเดิน การเคลื่อนย้ายไปมา การดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขอนามัย เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน

อาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำห้องส้วม ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ เป็นต้น

5.2.2.2 การรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ปัญหาทางประสาทสัมผัสปัญหาเกี่ยวกับ สายตา การอ่านหนังสือ การใช้แว่นตา การได้ยิน การใช้เครื่องช่วยฟัง การพูด เป็นต้น

5.2.2.3 ด้านจิตสังคม ความรู้สึกนึกคิดมีความตื่นตัวหรือสับสนซึมเศร้า ความ ต้องการกำลังใจ การยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว การให้ความร่วมมือในกิจกรรม ทางสังคม (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

5.2.3 การวางแผนการปฏิบัติการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น การช่วยเหลือการเคลื่อนไหว ขอให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อติดแข็งและความพิการจัดท่านอนให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ควรประเมินผลจากการสังเกตการตอบสนองต่อกิจกรรมการ พยาบาลนั้น ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญอื่น เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ตามที่กำหนด ในการวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลต้องครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้การปฏิบัติกิจกรรม ตลอดจนการจำหน่ายและการส่งต่อ การกำหนดแผนปฏิบัติการพยาบาลต้องมุ่งเน้นในสิ่งต่อไปนี้

5.2.3.1 ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่วนตัว

5.2.3.2 การรักษาสมดุลของร่างกาย เช่น การไหลเวียนโลหิตการป้องกันการติด เชื้อ การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การดูแลผิวหนังการป้องกันแผลกดทับและภาวะ โภชนาการ

5.2.3.3 การให้ความรู้โดยการสอนหรือแนะนำตั้งแต่เริ่มต้นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วย เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องมี สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือตลอดเวลา

5.2.3.4 แนะนำครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องจำเป็นต้อง ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวโดยมุ่งเน้นเรื่องความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการแนะนำการสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาเรื่องการเจ็บป่วย (จันทร์จิรา สีสว่าง และนางณภัทร รุ่งเนย, 2559; สมจินต์เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2550)

5.2.4 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลือตามอาการใน ระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพพยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือประคับประคอง และเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อพบความผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างปลอดภัย โดยจะประเมินอาการผิดปกติหรือมีสัญญาณชีพผิดปกติ ดังนี้

5.2.4.1 อาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เวียนศีรษะ รู้สึก คล้ายจะเป็นลม

5.2.4.2 สัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิต $< 90/60$ หรือ $> 180/100$ mmHg ชีพจร > 120 ครั้ง/นาที หรือ อัตราการหายใจ > 24 ครั้ง/นาที O_2 Saturation $< 95\%$ (ร่งนภา เตชะกิจโกศล และงามทรัพย์ ทองจันทร์, 2560; รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2560)

5.2.5 การดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤติในช่วงแรกจะยังคงมีอาการอ่อนแรงอัมพาตครึ่งซีก การรับรู้สติลดลง และร่วมกับผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ต้องการดูแล ได้แก่ (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2560)

5.2.5.1 ปัญหาข้อไหล่เคลื่อน (Shoulder subluxation) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อไหล่อ่อนแรง ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งท่า ยืน แรงโน้มถ่วงของโลกจะดึงกระดูกต้นแขนให้เคลื่อนออกจากเบ้าข้อไหล่ได้ง่ายและอาจนำไปสู่อาการปวดไหล่ พยาบาลต้องให้การดูแลให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์คล้องแขนข้างที่เป็นอัมพาตแนะนำให้ผู้ป่วยประคองแขนทุกครั้ง ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือยืน ดูแลการจัดท่าที่สามารถลดภาวะข้อไหล่เคลื่อน เช่น การนั่งใช้หมอนรองมือและไหล่ให้อยู่ในระดับเดียวกัน รวมถึงแนะนำญาติและผู้ป่วยให้เข้าใจการจัดท่าอย่างถูกต้อง และโดยทั่วไปปัญหาข้อไหล่เคลื่อนจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบประสาท ทำให้กล้ามเนื้อข้อไหล่มีแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อหรือมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะช่วยพยุงกระดูกต้นแขนให้อยู่ในเบ้าข้อไหล่ ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันและดูแลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการนี้เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

5.2.5.2 ปัญหาข้อตื้อยึดติด (Joint contracture) ปัญหานี้เกิดจากผู้ป่วยมีภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ได้ลำบากจึงเกิดข้อยึดติดตามมา การบริหารข้อต่อจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารขยับข้ออย่างเต็มพิสัยในทุกทิศทาง บริเวณข้อศอก ข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงจัดทำทางที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยขณะนอนบนเตียง ช่วยป้องกันการเกิดความพิการเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดทำที่ถูกต้อง เช่น ทำทางนอนหงายที่ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหนึ่ง ให้นอนหงายกางไหล่ออกเป็นมุมฉากมีหมอนรองใต้ไหล่ข้อสะโพกและข้อเข่าเหยียดออก ใช้หมอนรองปลายทั้งสองข้างไม่ให้ข้อเท้าตก นอนตะแคงทับด้านที่

ปกติ จะใช้หมอนรองที่แขนและขาข้างที่อ่อนแรง ขาข้างที่ดีเหยียดตรง แขนข้างที่ดีก้าวออกจากลำตัว มือคว่ำบนหมอน

5.2.5.3 ภาวะกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ในระยะแรกผู้ป่วย หลอดเลือดสมองบางรายมักมีปัญหาปัสสาวะไม่ได้หรือมีปัสสาวะคั่งค้าง เนื่องจากมีรอยโรคที่สมองทำให้ขาดการควบคุมที่สมอง ในระยะแรกมักต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อแก้ไขปัญหาปัสสาวะไม่ ออกเล็ดราด ควบคุมไม่ได้หรือปัสสาวะคั่งค้างจนเกิดการติดเชื้อ และช่วยในการประเมินติดตาม ปริมาณน้ำที่ขับถ่ายออกมาในแต่ละวัน นอกจากนี้พยาบาลจะต้องคอยควบคุมการดื่มน้ำ จำกัดน้ำดื่ม วันละประมาณ 1,500 - 2000 มิลลิลิตร และแนะนำให้ดื่มน้ำครั้งสุดท้ายก่อนเวลาเข้านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมงเพื่อลดจำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะในตอนกลางคืน กระตุ้นให้ปัสสาวะเป็นเวลาจัดให้ ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง โดยในรายที่ต้องใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปซึ่งมักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระร่วมด้วย ทั้งนี้ต้องดูแลผิวหนัง เพราะอาจส่งผลให้เกิดแผลกดทับที่มาจากความเปียกชื้น การสวนปัสสาวะในระยะทุก 4 - 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายที่มีปัญหาปัสสาวะเหลือคั่งภายหลังขับถ่ายปัสสาวะพยาบาลต้อง ประเมินและประสานงานแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อทำการตรวจการทำงานของกระเพาะ ปัสสาวะเพิ่มเติมและได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี

ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระส่วนมากจะเป็นอาการท้องผูกเกิดจากการขาดการ เคลื่อนไหวจากภาวะอ่อนแรง กลืนลำบาก รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอทำให้ลำไส้ไม่ค่อย ทำงานและกากอาหารน้อยเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอเลือก อาหารที่มีกากใยสูง เช่น พืชผัก ผลไม้ จัดเวลาและสถานที่ในการขับถ่ายให้เหมาะสมกำหนดเวลา ขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอควรเป็นหลังอาหารที่สะดวก เช่น มื้อเช้า หรือมื้อเย็น ให้ยาระบายเมื่อ จำเป็น ต้องคอยติดตามการขับถ่ายถ้าไม่ถ่าย 2 - 3 วัน ควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาระบายหรือยา เหน็บทางทวารหนัก ส่วนการสวนอุจจาระจะใช้ในรายที่มีอาการท้องผูกมากและใช้วิธีอื่นไม่ได้ผล

5.2.5.4 ปัญหาการหกล้ม จะเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ รุนแรง ได้แก่ กระดูกหัก การบาดเจ็บของสมอง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของปมประสาทและยังทำให้ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยทำการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจะต้องประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยและญาติถึงการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ เช่น การกดกริ่งขอความช่วยเหลือ การยกเหล็กกัน ข้างเตียงขึ้นทุกครั้งเมื่อญาติไม่อยู่ การจัดสภาพแวดล้อมรอบเตียงวางสิ่งของใกล้มือผู้ป่วยให้หยิบจับ ง่าย เป็นต้น

5.2.6 การช่วยเหลือฟื้นฟูด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีบางรายที่พบว่าไม่สามารถยอมรับความเจ็บปวดและความพิการที่เกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลหรือมีภาวะซึมเศร้าตามมาโดยพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 31.1 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 20.4 (Schottke & Giabbiconi, 2015) ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการประกอบกิจกรรมน้อยลงเพื่ออาหาร การนอนผิดปกติ เพื่อชีวิตมีความคิดฆ่าตัวตาย อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมากทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นการได้รับความเอาใจใส่จากทีมและครอบครัวรวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมต่างๆจะสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงมีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเห็นเป้าหมายและความสำคัญถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งให้คำปรึกษาเป็นระยะมีการประสานงานกับทีมนักจิตวิทยา เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปตามเดียวกันหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงควร พิจารณารายงานแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม (รุ่งนภา จันทรา et al., 2560)

5.2.7 พยาบาลมีหน้าที่ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อหน่วยบริการทั้งภายในและภายนอกสถาบันหรือชุมชน เช่น สถานพักฟื้นในโรงพยาบาล ชุมชนพยาบาลต้องรับผิดชอบและแนะนำ เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่โรงพยาบาล วางแผนเกี่ยวกับการสอนผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ให้มีความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยทางด้านร่างกายจิตใจสังคมช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และการส่งต่อข้อมูลแก่สถานบริการในชุมชนเช่นสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2550)

นอกจากนี้พยาบาลต้องมีการให้ความรู้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว ติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการดูแลสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อจัดการความเครียด ในขั้นตอนนี้กิจกรรมพยาบาลที่สำคัญ คือ เน้นให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตสังคมรวมทั้งการกลับเข้ามาใช้ชีวิตสังคมได้อย่างปกติซึ่งญาติและคนใกล้ชิดมีส่วนสำคัญอย่างมาก (จันทร์จิรา สีสว่าง และนางนงภัทร รุ่งเนย, 2559; สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2550)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพิน หมื่นทิพย์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกระบบ

ประสาท แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 57 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2536 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 แบบวัดความหวังซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความหวังของ Nowotny (1989) ส่วนที่ 3 เป็นแบบวัดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพทางด้านจิตใจและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้วิจัยวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยดัดแปลงจาก Barthel Index Score ส่วนสภาพทางด้านจิตใจและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .7602, P < .001$)

พรพิมล มาศสกุลพรรณ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาย้อนหลัง ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 264 รายโดยใช้ เครื่องมือ Barthel Index ประเมินผล พบว่า อายุ เพศ พยาธิสภาพของโรค การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ มีความสัมพันธ์ต่อ BI change เพศชาย BI change สูงกว่าเพศหญิง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ต่อ Barthel index efficiency พยาธิสภาพของโรค และระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ต่อ Barthel index efficiency BI change ส่วนสมองข้างที่เกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด (2559) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการฟื้นฟูสภาพจำนวน 10 ราย ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ คือ เพศ อายุ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว

Jørgensen et al. (1995) ศึกษาระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพของระบบประสาทและการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1197 ราย ใช้เครื่องมือ Barthel Index เป็นเครื่องมือวัด วัดการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพขึ้นกับ อายุ ความรุนแรงของโรค และสภาพร่างกายก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองน้อย ปานกลาง รุนแรงและรุนแรงมาก การฟื้นฟูตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวันจะใช้ระยะเวลาที่ 8.5, 13, 17 และ 20 สัปดาห์ตามลำดับ

Lofgren (1998) ศึกษาผลลัพธ์ของการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 99 ราย ที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและในอนาคตต้องเข้าโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีความสามารถได้การทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น คือ การวินิจฉัยเป็น intracerebral haemorrhage โดยจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายการมี ADL ที่ดีขึ้น ผู้ป่วย 12 รายจาก 15 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น intracerebral haemorrhage สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพศชาย มีคะแนนการทรงตัวดีเมื่อเข้ารับการรักษา

Howard (2007) ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการทำงานความสามารถของผู้สูงอายุผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 4,778 ราย ผู้ชาย 2,673 ราย ผู้หญิง 2,105 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความแตกต่างกันในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุเพศหญิงมีรายงานมีความบกพร่องมากกว่า หลังจากควบคุมข้อมูลทางสังคมศาสตร์ สุขลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ผู้สูงอายุเพศหญิงพบว่ามีปัญหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ชายในช่วงเริ่มต้นเพียงอย่างเดียว ไม่พบผลกระทบของเพศต่อการทำกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะเริ่มต้นหรือระหว่างติดตามอาการ

Liu et al. (2007) ได้ศึกษา การทำนายด้านผลลัพธ์การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของประเทศจีน ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 434 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยระบบประสาท ผลการศึกษาพบว่า ทุกปีที่อายุเพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง

Masskulpan (2008) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 251 คน ผู้ป่วยที่มี ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ones et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรู้คิด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ spasticity เบาหวานและผลลัพธ์การทำหน้าที่ของร่างกายหลังจากการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 88 คน การทำงานของร่างกายใช้เครื่องมือ Functional Independence Measurement (FIM) วัด spasticity ใช้เครื่องมือ Ashworth Scale การรู้คิด ใช้เครื่องมือ (Mini Mental State Evaluation (MMSE)) ผลการศึกษาพบว่า functional, motor, cognition condition, age, spasticity

สามารถทำนายการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (FIM) ขณะจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศและโรคเบาหวานไม่สามารถทำนายคะแนนการทำหน้าที่ของร่างกายได้

Cickusic (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ผลลัพธ์ของการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกกับปัจจัย เพศ อายุ ระดับความพิการ และการทำกิจวัตรประจำวัน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และ 50 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ประเมินระดับความพิการด้วย Modified Rankin Scale (MRS) และประเมินกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Index ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้เร็ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมีผลลัพธ์ที่ดีของการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้เร็วกว่าเพศหญิง ลดระดับความพิการมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนของการทำกิจวัตรประจำวันมีนัยสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Wulsin et al. (2012) ได้ศึกษา อิทธิพลของภาวะซึมเศร้าต่อการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 322 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลงหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งภาวะซึมเศร้าเมื่อวัดทั้งแบบประวัติก่อนมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและหลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำใน 3 เดือนและ 12 เดือน มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3.8 เท่า และเมื่อวัดเฉพาะหลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำใน 3 เดือนและ 12 เดือน มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 2.95 เท่า

Koh et al. (2014) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน มี 31 คนไม่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์มี 5 รูปแบบที่ได้รับการระบุว่าเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ 1) วิธีการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความลำบากในการเคลื่อนไหวและการขนส่งไปยังศูนย์ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง 2) การประสานงานการจำหน่าย การเปลี่ยนผ่านจากผู้ป่วยในไปเป็นผู้ป่วยนอกเป็นเหตุผลที่ถูกอ้างในการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง การติดตามหลังจำหน่ายยังไม่ทั่วถึง 3) ความเห็นและการกระทำของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายไม่ได้เป็นญาติกันแต่ดูแลทำหน้าที่ในการฟื้นฟูสภาพอย่างดี 4) ความแตกต่างในความคาดหวัง ผู้เข้าร่วมบางคนไม่เห็นความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องตามคำแนะนำการบำบัดไม่สามารถเปรียบเทียบได้ถึงความคาดหวัง 5) การรับรู้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทำได้ง่าย เข้าใจว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคือการออกกำลังกายเท่านั้น เป็นการออกกำลังกายง่ายๆ ที่ใครก็ทราบ

Meiner (2015) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ผลกระทบของอายุต่อผลลัพธ์การทำหน้าที่ของร่างกายและเป้าหมายในการจำหน่าย) เป็นศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วย จำนวน 556 ราย ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้ารับการรักษาภายใน 5 ปี วัดผลลัพธ์จากระยะในการเข้ารับการรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันประเมินด้วย Functional Independence Measure (FIM) วัดความพิการด้วย Modified Rankin Scale (MRS) และวันจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ แต่เมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพ อัตราการกลับบ้านมีความใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

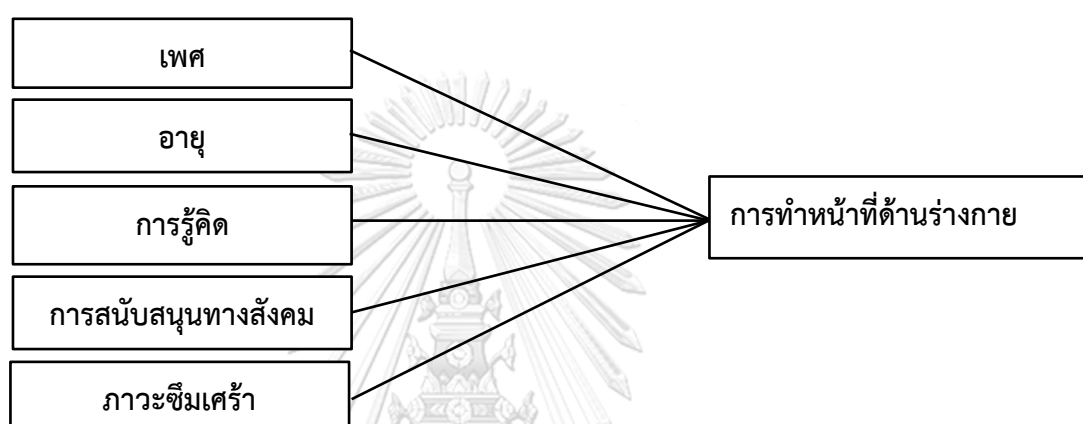
Matsuzaki et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสภาพโดยการจะเน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าและความไร้อารมณ์ ระยะเวลาที่ประเมิน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 117 คน ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความไร้อารมณ์ (apathy) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย และผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าการประเมินภาวะซึมเศร้าและความไร้อารมณ์ควรที่จะประเมินขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านด้วย ไม่ควรประเมินแค่ขณะเข้ารับการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพชัดเจนการเข้าร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความพิการตามมาการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นสิ่งที่ป่วยต้องได้รับเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาการรู้คิด มักส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้ป่วยแย่ลง และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหายเร็ว จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทุกช่วงอายุ การศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง ดังนั้น การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดี ฟื้นฟูหายเร็ว อากาศดีขึ้นและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด ICF model และจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้คิดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และเพศ กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยะภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช โดยมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) อ้างถึงใน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$\text{สูตร } n = 10k + 50$$

เมื่อ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัวแปร)

เมื่อนำมาแทนค่าสมการได้ ดังนี้

$$n = 10(6) + 50$$

$$n = 110 \text{ คน}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 121 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบ Simple random sampling ดังนี้

2.1 แบ่งสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 5 สังกัด ประกอบด้วย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดองค์กรการกุศล สุ่มสังกัดโรงพยาบาล โดยสุ่ม

มา 2 สังกัด จาก 5 สังกัด ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) ได้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.2 สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดทั้ง 2 สังกัด สุ่มสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี

2.3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกที่เข้ามารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุกรรมประสาท ศัลยกรรมประสาทและหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟูย้อนหลัง 3 เดือน และนำมาคำนวณสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล จากสูตรดังต่อไปนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2552)

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ.} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (121)} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละ รพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (440)}}$$

ได้จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างและประชากรจำแนกตามโรงพยาบาล (n=121)

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศิริราช	230	66
โรงพยาบาลราชวิถี	190	55
รวม	420	121

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและชนิดแตกที่ได้รับการรักษาจนพ้น acute stage เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ขึ้นไปภายหลังจากเกิดโรค
- มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก Motor power grade 1- 4 ในด้านที่อ่อนแรง
 เกรด/ระดับ 0 = กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต/แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย
 เกรด/ระดับ 1 = กล้ามเนื้อไม่มีแรงหดตัวแต่ยกกล้ามเนื้อหดตัวได้ /มีการเคลื่อนไหวปลายนิ้วมือ-เท้าได้เล็กน้อย
 เกรด/ระดับ 2 = กล้ามเนื้อมีแรงที่จะเคลื่อนไหวแนวราบกับพื้น
 เกรด/ระดับ 3 = แขนหรือขาสามารถยกได้ตั้งฉากได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้
 เกรด/ระดับ 4 = แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ
 เกรด/ระดับ 5 = แขนหรือขามีกำลังปกติ
- สื่อสาร โดยถามและตอบเป็นภาษาไทยได้

4. สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะวิกฤตระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น อาการชัก หหมดสติ ระดับความ GCS <8 คะแนน หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยวิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคอายุรกรรม จากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 3 ธันวาคม 2561 ถึง วันที่ 12 พฤษภาคม 2562 และเก็บข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 121 คน กลุ่มตัวอย่าง 121 คน มีข้อมูลส่วนบุคคลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	61	50.40
ชาย	60	49.60
อายุ ($\bar{x} = 68.60$, $SD = 5.60$, $min = 60$, $max = 86$)		
60 – 69 ปี	75	62.00
70 – 79 ปี	42	34.70
80 ปีขึ้นไป	4	3.30
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.50
คู่	86	71.00
หม้าย	26	21.50
หย่า/แยกกันอยู่	6	5.00
การศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	63	52.10
ระดับมัธยมศึกษา	32	26.40
ระดับระดับปริญญาตรี	24	19.80

ตามรางที่ 2 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	4.10
รับจ้าง	42	34.70
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	17	14.00
ค้าขาย	14	11.60
รับราชการ	10	8.30
อื่น ๆ	33	27.30
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอเหลือเก็บ	40	33.10
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	61	50.40
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	13	10.70
อื่นๆ	7	5.80
โรคประจำตัว		
ไม่มี	35	28.90
มี	86	71.10
ความดันโลหิตสูง	61	50.40
เบาหวาน	41	33.90
ไขมันในเลือดสูง	29	24.00
เกาต์	2	1.70
หัวใจ	5	4.10
หอบหืด	4	3.30
ต่อมลูกหมากโต	3	2.50
รูมาตอยด์	1	0.80
ไทรอยด์	2	1.70
ระยะเวลาเจ็บป่วย		
< 1 เดือน	7	5.78
1 – 6 เดือน	63	52.07

ตารางที่ 2 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
7 - 12 เดือน	45	37.19
> 1 ปี	6	4.96
ชนิดของโรค		
ตีบ	95	78.50
แตก	26	21.50

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงพอกๆ กับเพศชาย (60-61 คน) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62 (\bar{X} = 68.60, S.D. = 5.60) สถานภาพสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 6 เดือน จำนวน 63 คน และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด จำนวน 95 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค โดยลักษณะของการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ เพศชาย และเพศหญิง อายุ รายได้ โรคประจำตัว ให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบตามหัวข้อที่กำหนด โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนระยะเวลาการเกิดโรคดูจากแบบบันทึกของโรงพยาบาลบันทึกด้วยผู้วิจัย

ตอนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่แปลมาจาก The Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งพัฒนาเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีการทดสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

ผู้วิจัยมีการดัดแปลงบริบทของคำถามให้เข้ากับโรคหลอดเลือดสมองและปรับคำถามให้มีความเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เห็นด้วยมาก	1	6
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยน้อย	3	4
เห็นด้วยน้อย	4	3
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วยมาก	6	1

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540; นริรัตน์ นิลขำ, 2548) ซึ่งแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม กำหนดเกณฑ์การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมไว้ (อำนวยการ อาษานอก, 2549) ดังนี้

1.00 – 2.66	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
2.67 – 4.33	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
4.34 – 6.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรู้คิด ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Mini – Mental Examination - Thai version หรือ MMSE ฉบับภาษาไทย) ที่แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ผู้แปลได้คงความหมายดั้งเดิมของภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามไว้ โดยไม่มีการต่อเติมปรับเปลี่ยนของแต่ละคำถาม เป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยง (Validity and Reliability) โดยนำไปทดสอบในผู้สูงอายุ พื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2543 โดยแพทย์ ซึ่ง ประกอบด้วยจิตแพทย์ อายุรแพทย์ทางระบบประสาท และอายุรแพทย์ทางด้านผู้สูงอายุได้ทำการตรวจวินิจฉัยกลุ่มประชากรที่ศึกษาทุกรายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และยืนยันการไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมในประชากรกลุ่มปกติ พบ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ที่มีระดับการศึกษาต่าง ๆ กัน จำนวน 614

ราย พบว่า แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความถ่วงจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง แบบทดสอบประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้เวลาสถานที่ (orientation) การจดจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) มีคำถามทั้งหมด จำนวน 11 ข้อคะแนนเต็ม 30 คะแนน เพื่อใช้ตรวจวัดสมรรถภาพสมองโดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามแบบสอบถาม แล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำตามคำบอก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จุดตัด (Cut- off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดบกพร่อง

(คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย, 2542)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	คะแนนเต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 14)
เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1983) เป็นแบบทดสอบที่นำไปใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรง แบบสอบถามนี้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้ใช้เวลาในการทดสอบเพียง 10 นาที จำนวนข้อแบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ มาตรฐานแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้สึของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดฉบับนี้ พบว่า มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนนตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น คณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้กำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS ได้ดังนี้

เกณฑ์การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล	0 – 12 คะแนน	คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	13 – 18 คะแนน	คือ มีความเศร้าเล็กน้อย
	19 – 24 คะแนน	คือ มีความเศร้าปานกลาง

25 – 30 คะแนน คือ ผู้มีความแข็งแรง

ตอนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Barthel index ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินความก้าวหน้าการทำหน้าที่ของร่างกายในกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .79 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน Barthel Index อยู่ในระดับดี ทั้งดัชนีการช่วยเหลือตนเอง (Intraclass Correlation Coefficient : ICC เท่ากับ 0.87) และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC เท่ากับ 0.86) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุม การขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมทางร่างกาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0-4 คะแนน	หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้
5-8 คะแนน	หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย
9-12 คะแนน	หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง
12-20 คะแนน	หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือแบบสอบถามแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และโดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมองจำนวน 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 1 คน นักกายภาพบำบัดชำนาญการ 1 คน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรการคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ผู้ทรงคุณวุฒิได้มีคำแนะนำการปรับคำถามในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ ดังนี้ “ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” ควรเขียนไว้ในคำชี้แจงตั้งแต่ต้นได้ ไม่ต้องเขียนทุกข้อ แก้ไขนำไปเขียนไว้ในคำชี้แจง ในส่วนคำถามข้อที่ 8 ถามว่า ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออารมณ์เสียท่านมีคนที่สามารถระบายความรู้สึกได้ ให้ใช้คำว่า “อารมณ์ไม่ดี” แทน “อารมณ์เสีย” ในส่วนคำถามข้อที่ 9 ถามว่า ท่านมีคนที่ให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือท่านในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ใช้ว่า “ท่านมีคนที่สามารถให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือท่านในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้” แทน คำถามข้อที่ 12 ถามว่า คนอื่นบอกว่าคุณเขาสบายใจที่จะทำงานหรือกิจกรรมร่วมกับท่าน ให้ใช้ว่า “ท่านรู้สึกว่าคนอื่นสบายใจที่จะทำงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับท่าน” แทน คำถามข้อที่ 13 ท่านรู้สึกว่าเพื่อนๆ เห็นความสำคัญในตัวท่านขณะมีกิจกรรมร่วมกัน ให้ใช้ว่า “ท่านรู้สึกว่าเพื่อนๆ ให้ความสำคัญกับท่านเมื่อทำกิจกรรมร่วมกัน” แทน คำถามข้อที่ 14 ถามว่า ท่านมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว ให้ใช้ “ท่านยังคงมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว” เนื่องจาก “ยังคงมี” แปลว่า ก่อนหน้านี้ก็มีความสำคัญ นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) ผลจากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92

ในส่วนของแบบสอบถามการรู้คิดที่ใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ใช้แบบประเมิน Barthel index ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยไม่ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบประเมินทั้ง 3 ฉบับ แปลมาจากแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยเป็นระยะเวลาอันยาวนานและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ปรับปรุงแล้ว คือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรู้จัก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจอายุกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน ตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม – 30 ธันวาคม 2561 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ≥ 0.70 ซึ่งความเที่ยง (reliability) ต่ำสุดของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	ความเที่ยง
1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.713
2. แบบประเมินการรู้จัก	0.832
3. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	0.808
4. แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	0.910

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใ้โครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งใบอนุมัติพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคอายุกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย อธิบายรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ประสานงานเพื่อกำหนดวันในการเข้าเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยกำหนดวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล คือ

โรงพยาบาลราชวิถี เก็บข้อมูล วันจันทร์ ถึง พุธสัปดาห์ เวลา 7.30-13.00 น.

(เริ่มเก็บข้อมูล 3 ธันวาคม 2561 ถึง 8 มีนาคม 62)

โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูล วันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ และเสาร์ เวลา 7.30-12.00 น.

(เริ่มเก็บข้อมูล 15 มีนาคม 2562 ถึง 12 พฤษภาคม 2562)

3. ก่อนเข้าเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจอย่างอิสระ

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมีการบอกกล่าวอย่างเต็มใจแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามขณะรอเรียกตรวจจากเจ้าหน้าที่

6. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งวิธีตอบแบบสอบถาม แต่ส่วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

7. ในกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงเวลาเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยยินดีหยุดการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามหลังได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว

8. เมื่อได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัย

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ

10. เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 121 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการเลขที่ 61182 เอกสารเลขที่ 197/2561 ลง ณ วันที่ 14 พฤศจิกายน 2561 และโรงพยาบาลศิริราช หนังสือเลขที่ COA no. Si 152/2019 ลง ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 โดยเป็นไปตามเกณฑ์การวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่บังคับ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ วิจัยประโยชน์ และผลกระทบจากการวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีโดยการตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีจะเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยจะเป็นความลับ และเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และจะไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์ หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ระหว่างหรือหลังจากที่ทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ และรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรทราบทันที เพื่อให้มีรายงานแพทย์ผู้รักษาและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลคำถามแต่ละฉบับกำหนดรหัสข้อมูลแบบสอบถามแล้วลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลคำถามแต่ละฉบับ กำหนดรหัสข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการบกพร่องทางการรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)

เกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของ Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ค่า r	การแปลผล
.70-1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.30-.69	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.00-.29	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

เครื่องหมาย + หรือ - หน้าตัวเลขสัมพันธ์สหสัมพันธ์จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 121 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการอธิบาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4 - 8

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9 - 11

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 12 - 13



ตอนที่ 1 วิเคราะห์การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษากิจการหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังตาราง

ที่ 4 - 8

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)

คะแนนการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	การทำหน้าที่ด้านร่างกาย
0-4 คะแนน	2	1.70	4.00	.000	การทำกิจกรรมไม่ได้
5-8 คะแนน	8	6.60	7.22	.926	การทำกิจกรรมได้น้อย
9-12 คะแนน	12	9.90	11.00	.853	การทำกิจกรรมได้ปานกลาง
13-20 คะแนน	99	81.80	18.21	2.017	การทำกิจกรรมได้มาก
รวม	121	100	16.56	4.11	การทำกิจกรรมได้มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า โดยรวมของการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในการช่วยเหลือตนเองได้มาก ($\bar{X} = 16.56$) โดยที่การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางจำนวน 12 คน ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย จำนวน 8 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ จำนวน 2 คน

ตารางที่ 5 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

อายุ	ระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
60 - 69 ปี	5-8 ทำกิจกรรมเองได้น้อย	3	2.50	.00	.000
	9-12 ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	7	5.80	.43	.535
	13-20 ทำกิจกรรมได้มาก	65	53.70	.60	.494
	Total	75	62.0	.56	.500
70 - 79 ปี	0-4 ทำกิจกรรมเองไม่ได้	2	1.70	1.00	.000
	5-8 ทำกิจกรรมเองได้น้อย	5	4.10	.00	.000
	9-12 ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	4	3.30	1.00	.000
	13-20 ทำกิจกรรมได้มาก	31	25.60	.29	.461
	Total	42	34.70	.36	.485
80 ปี ขึ้นไป	9-12 ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	1	0.80	1.00	.
	13-20 ทำกิจกรรมได้มาก	3	2.50	1.00	.000
	Total	4	3.30	1.00	.000
Total	0-4 ทำกิจกรรมเองไม่ได้	2	1.70	1.00	.000
	5-8 ทำกิจกรรมเองได้น้อย	8	6.60	.00	.000
	9-12 ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	12	9.90	.67	.492
	13-20 ทำกิจกรรมได้มาก	99	81.80	.52	.502
	Total	121	100	.50	.502

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองช่วงอายุ 60 – 69 ปี ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 65 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางและน้อยตามลำดับ ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 31 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำนวน 5 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ จำนวน 2 คน ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 4 คนช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางและมาก

ข้อสังเกตที่ได้จากการเก็บข้อมูล พบว่า จากการพูดคุยขณะตอบแบบสอบถามผู้สูงอายุหลายท่านมีความมุ่งมั่นและพยายามในการฟื้นฟูร่างกายของตนเองทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน

ขณะอยู่บ้านจะพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่ทำได้ ให้เหตุผลว่าอยากให้ร่างกายกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมโดยเร็วและไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตาม ลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 60 - 69 ปี

ด้าน	ไม่ต้องการ		ต้องการความ		ต้องการความ		ต้องการความ		รวม
	ความช่วยเหลือ		ช่วยเหลือปาน		ช่วยเหลือน้อย		ช่วยมาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	กลาง								
Feeding	-	-	63	84.00	12	16.00	0	0	75
Transfer	45	60.00	21	28.00	9	12.00	0	0	75
Grooming	-	-	-	-	70	93.30	5	6.70	75
Toilet Use	-	-	52	69.30	15	20.00	8	10.70	75
Bathing	-	-	-	-	64	85.30	11	14.70	75
Mobility	58	77.30	9	12.00	8	10.70	0	0	75
Stairs	-	-	59	78.70	9	12.00	7	9.30	75
Dressing	-	-	60	80.00	13	17.30	2	2.70	75
Bowels	-	-	65	86.60	8	10.70	2	2.70	75
Bladder	-	-	64	85.30	9	12.00	2	2.70	75

จากตารางที่ 6 การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 60 - 69 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการอาบน้ำ จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การเข้าห้องน้ำ การขึ้นบันได และการล้างหน้าตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตาม ลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 70 - 79 ปี

ด้าน	ไม่ต้องการ		ต้องการความ		ต้องการความ		ต้องการความ		รวม
	ความช่วยเหลือ		ช่วยเหลือปาน		ช่วยเหลือน้อย		ช่วยมาก		
กลาง									
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Feeding	-	-	27	64.30	15	35.70	0	0	42
Transfer	17	40.50	20	47.60	5	11.90	0	0	42
Grooming	-	-	-	-	31	73.80	11	26.20	42
Toilet Use	-	-	27	64.30	13	30.90	2	4.80	42
Bathing	-	-	-	-	35	83.30	7	16.70	42
Mobility	20	47.60	18	42.80	2	4.80	2	4.80	42
Stairs	-	-	15	35.70	25	59.50	2	4.80	42
Dressing	-	-	24	57.10	16	38.10	2	4.80	42
Bowels	-	-	26	61.90	12	28.60	4	9.50	42
Bladder	-	-	23	54.80	10	23.80	9	21.40	42

จากตารางที่ 7 การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 70 - 79 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการล้างหน้า จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การปัสสาวะ การอาบน้ำ และการควบคุมการถ่ายอุจจาระตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม ลักษณะของการทำกิจกรรม ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป

ด้าน	ไม่ต้องการ		ต้องการความ		ต้องการความ		ต้องการความ		รวม
	ความช่วยเหลือ		ช่วยเหลือปาน		ช่วยเหลือน้อย		ช่วยมาก		
กลาง									
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Feeding	-	-	0	0	4	100	0	0	4
Transfer	0	0	4	100	0	0	0	0	4
Grooming	-	-	-	-	4	100	0	0	4
Toilet Use	-	-	0	0	4	100	0	0	4
Bathing	-	-	-	-	3	75	1	25	4
Mobility	0	0	4	100	0	0	0	0	4
Stairs	-	-	0	0	3	75	1	25	4
Dressing	-	-	3	75	1	25	0	0	4
Bowels	-	-	3	75	0	0	1	25	4
Bladder	-	-	3	75	1	25	0	0	4

จากตารางที่ 8 การทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 80 ปีขึ้นไปเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การขึ้นบันได และการควบคุมการถ่ายอุจจาระเท่าๆ กัน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษากการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 9 - 11

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรู้คิด จำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)

การรู้คิด	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	ระดับ
ประถมศึกษา	63	52.1	24.43	3.13	ไม่บกพร่อง
สูงกว่าประถมศึกษา	58	47.9	26.33	3.14	ไม่บกพร่อง
รวม	121	100	25.34	3.262	ไม่บกพร่อง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีผู้มีความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 63 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.43 (SD= 3.13) และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 58 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.33 (SD=3.14)

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความซึมเศร้า	คะแนนภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 12 คะแนน	104	85.95
มีความซึมเศร้าเล็กน้อย	13 - 18 คะแนน	15	12.40
มีความเศร้าปานกลาง	19 - 24 คะแนน	2	1.65
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	25 - 30 คะแนน	-	-
รวม		121	100

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86 รองลงมาคือ มีความซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 และพบมีซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้าน (n=121)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านความใกล้ชิดผูกพัน	4.93	0.64	สูง
ด้านความช่วยเหลือและด้านการส่งเสริมให้มีการพัฒนา	4.49	0.56	สูง
ด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.17	1.03	ปานกลาง
ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง	5.59	0.50	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	4.66	0.47	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 4.66 (SD = 0.47) เมื่อพิจารณาจากรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 5.59 (SD = 0.50) และมีด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD = 1.03)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 12 - 13

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.399	.000	ปานกลาง
การรู้คิด	.348	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	-.337	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.025	.790	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 12 พบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $-.337$ ตามลำดับ) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) ($n=121$)

	0-4 คะแนน		5-8 คะแนน		9-12 คะแนน		13-20 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	0	0	8	6.60	4	3.30	48	39.70
หญิง	2	1.70	0	0	8	6.60	51	42.10
รวม	2		8		12		99	

$\chi^2 = 11.41$ Contingency Coefficient = 0.294 Asymp. Sig = 0.10 p-value <.05

จากตารางที่ 13 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ค่า Contingency Coefficient = 0.294 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยที่ เพศหญิง มีการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 51 คน ส่วนเพศชาย จำนวน 48 คน มีการทำกิจกรรมได้มาก พบว่า เพศหญิง มีการทำกิจกรรมไม่ได้ จำนวน 2 คน และพบการทำกิจกรรมได้น้อยในเพศชาย จำนวน 8 คน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรู้คิด และภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาประเภผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและชนิดแตกที่ได้รับการรักษาจนพ้น acute stage เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ขึ้นไปภายหลังจากเกิดโรค
2. มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก Motor power grade 1- 4 ในด้านที่อ่อนแรง
3. สื่อสาร โดยถามและตอบเป็นภาษาไทยได้
4. สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ

1. **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและระยะเวลาการเกิดโรค
2. **แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่แปลมาจาก The Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งพัฒนาเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 90 คะแนน
3. **แบบประเมินการรู้คิด** ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Mini – Mental Examination - Thai version 2002 หรือ MMSE ฉบับภาษาไทย) ที่คณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข (2545) แปลมาจากแบบประเมิน Mini – Mental Examination (MMSE) ของ Folstein et al. (1975) จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1983) แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ มีคะแนนรวม 30 คะแนน

5. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel index ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.71 แบบประเมินการรู้คิด เท่ากับ 0.83 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบ ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2561 จนถึง 8 มีนาคม 2562 และโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลตั้งแต่ 15 มีนาคม 2562 จนถึง 12 พฤษภาคม 2562 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน ได้ข้อมูลครบทั้งสิ้น 121 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. การศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดและ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 อายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรู้คิด และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เพศ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการบกพร่องทางการรู้คิดและการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงพอๆ กับเพศชาย (60 - 61 คน) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62 (\bar{X} = 68.60, S.D. = 5.60) สถานภาพสมรสคูมีจำนวนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือดสูงตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 6 เดือน และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด

2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.399

3. การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .348

4. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.337
5. เพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
6. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในการช่วยเหลือตนเองได้มาก ($\bar{X} = 16.56$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จากการพิจารณาในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพยายามในการที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและใส่ใจการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งในความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกายนั้น คือ การมีความสำเร็จในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ประเมินจากความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุขณะตอบแบบสอบถามผู้สูงอายุหลายท่านมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติ และจะได้ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน มีการพยายามเริ่มทำกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่ทำได้ ซึ่งในแรกเริ่มการเจ็บป่วยมีผู้สูงอายุหลายท่านที่ท้อ หดท้อใจ เศร้าใจ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ พบว่า โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลมาจากพยาธิสภาพ อาจเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออัมพาตแขนขา (quadriplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลงจะส่งผลให้ ในด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552; Llorca, 2015) รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแล รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง การแยกตัวจากสังคม (กาญจนาศรี สิงห์ภู และคณะ, 2559; จันทร์จิรา สีสว่าง และนางนงนัท รุ่งเนย, 2559; ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ., 2558)

ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง แต่เมื่อผู้สูงอายุมีการปรับตัวและมีจุดมุ่งหมายที่อยากฟื้นฟู หายจะมีการให้ความร่วมมือในการทำกายภาพด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นด้วยตนเองได้ดี เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปถึงสูง จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล เนื่องผู้สูงอายุที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายได้ชัดเจนที่สุด (Portney & Watkins, 2015; ผกาภาศ พิริยะประสาธน์, 2559; พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lofgren (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งจุดมุ่งหมายในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสิ่งที่มุ่งเน้น คือ การให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น หรือพึ่งพาน้อยที่สุด (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2550)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ การที่อายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ผู้ป่วยสูงอายุมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดความผิดปกติทางร่างกายและส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Rusin, 1990) ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุวัยชราหรือร่างกายก็จะมีอาการเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ และไม่สามารถฟื้นฟูทดแทนได้ (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) อายุที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นข้อจำกัดในการฟื้นตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บและการเชื่อมต่อด้านน้อยลง (วัฒน์ยี่ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด, 2559) สอดคล้องกับการศึกษา Liu et al. (2007) พบว่าอายุเพิ่มขึ้นทุกปีจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง และการศึกษาของ Cickusic (2011) กล่าวว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย

จากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบช่วงอายุกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายรายด้าน ผู้ป่วย

สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่างอายุ 70 - 79 ปี จะมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอายุ 60 -69 ปี อธิบายได้ว่ายิ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อฟื้นฟูการทำงานที่ด้านร่างกาย และในการฟื้นฟูการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุนั้นควรได้รับการวางแผนการฟื้นฟูให้เหมาะสมแต่ละช่วงอายุ เนื่องจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกัน (กรภัทร อิมโอสู, 2550; อุ๋นเรือน ศรอากาศ และคณะ, 2558) ซึ่งมาจากความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มตามอายุ และยังมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมของผู้สูงอายุที่ส่งผลทำให้ฟื้นฟูการทำงานที่ด้านร่างกายแย่ลง (Patrick, Knoefel, Gaskowski, & Rexroth, 2001) ดังนั้น เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำงานที่ด้านร่างกายที่ลดลง การได้รับการฟื้นฟูการทำงานที่ด้านร่างกายที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุนั้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทำงานที่ด้านร่างกายภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นได้

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำงานที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.337$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ส่งผลต่อการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Matsuzaki et al. (2015) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด มีรายงานอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 92 (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา, 2548) ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไป เป็นการศึกษาที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ ต่อความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกายที่จำกัดและจะต้องพึ่งพาผู้อื่นระหว่างการฟื้นตัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าทำให้ผู้ป่วยหมดความสนใจในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ด้านร่างกาย จึงมีความก้าวหน้าด้านร่างกายในการฝึกซ้ำหรือได้ผลลดลง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดิม (Schmid et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahn et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14 แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีการทำงานที่ด้านร่างกายที่ดี ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก อธิบายได้

ว่าแม้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย กลับไม่ส่งผลต่อการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ดีจาก ความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, (2550) ที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วย มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย คือ การยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและพยายามช่วยตนเองเพื่อลดการ พึ่งพาคนในครอบครัว โดยการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและมีการพึ่งพาอย่างเหมาะสม และ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะ ซึมเศร้าแม้จะยังมีความเบื่อหน่าย กังวลกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป แต่กลับมีความมุ่งมั่นในการ ฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากจะหายเป็น ปกติ ไม่อยากเป็นภาระกับครอบครัว โดยผู้ป่วยรับรู้ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่คอยให้ความ ช่วยเหลือและให้กำลังใจ จึงเป็นแรงกระตุ้นในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

2.2 การรู้จัก ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การรู้จัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มี ระดับการรู้จักที่ดีจะมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี และผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้จัก จะมีปัญหาเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในความหมายของการรู้จัก คือ การเปลี่ยนแปลงทาง ความคิด อารมณ์คิดช้า มีปัญหาทางการสื่อสาร ลืมง่ายอาจรวมไปถึงสมองเสื่อมอันเกิดจากการขาด เลือดไปเลี้ยงสมองซึ่งสามารถเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบ แตก หรือตัน ทำให้มีการรู้จักที่ผิดไปส่งผลในการร่วมมือในการทำกิจกรรม (เกษภา เขียนดวงจันทร์, 2558) ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องของการรู้จักจากพยาธิสภาพของสมองจากการขาดเลือด ไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง (Danovska, 2012) และยิ่งในวัยผู้สูงอายุที่อวัยวะในร่างกายเริ่มเสื่อมไปตาม วัยรวมถึงสมองยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องด้านการรู้จักมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ไม่มีผู้ที่บกพร่องทางการรู้จัก ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันได้บางส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ones et al. (2009) ที่พบว่า ระดับความรู้คิดที่ดี หรือปกติส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีในการฟื้นฟูสภาพ และความบกพร่องทางการรู้จักจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่งของการทำกิจวัตรประจำวัน (Claesson et al., 2005)

2.3 เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 11.41$, Contingency Coefficient = 11.41) กล่าวได้ว่า เพศเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความแตกต่างของสรีระร่างกายของบุคคล บ่งบอกถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบครอบครัวและสังคม การแสดงออกทางอารมณ์และทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีหลายการศึกษาที่ระบุถึงความแตกต่างระหว่างเพศในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ดังการศึกษาของ Howard (2007) ที่พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันในความสามารถทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า มีปัญหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ชายเมื่อเกิดโรค ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเพศหญิงพอๆ กับเพศชาย เมื่อพิจารณาระดับการทำกิจกรรมแยกตามเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี มีระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก แต่นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพศหญิง จำนวน 2 คน มีระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ ซึ่งไม่พบการทำกิจกรรมไม่ได้ในเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าเพศชายมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (1995) ที่กล่าวว่า เพศหญิงต้องการความช่วยเหลือกิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมากกว่าเพศชาย การศึกษาของ Lofgren (1998) ที่พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นและเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง และ Wyller et al., (1997) พบว่า เพศชายจะมีคะแนนการทำหน้าที่ด้านร่างกายสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งตรงข้ามการศึกษาของ ที่ศึกษาอิทธิพลของเพศต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอิตาลี พบว่า เพศชายต้องการความช่วยเหลือในการขึ้นบันไดและการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงพบว่ามีโอกาสมากที่จะต้องเดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงบางส่วน ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ishigaki et al. (2015) ที่ว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีผลทางบวกในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น และ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และคณะ (2559) พบว่า การไปเยี่ยมผู้ป่วยของบุคคลากรทางการแพทย์หรือมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เข้าไปเยี่ยมดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงไม่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้มาก สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ และจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความพยายามจะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด มีความกระตือรือร้นในการมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและที่บ้านโดยที่ญาติไม่ต้องโน้มน้าวหรือกระตุ้น เพราะผู้สูงอายุไม่อยากเป็นภาระของลูกหลานและคิดว่าสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัวในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จากการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้านของสนับสนุนทางสังคม พบว่า ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้มีการพัฒนา และด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้ดูแลที่พร้อมให้ความรัก ความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี สังเกตได้จากการที่ผู้สูงอายุทุกรายมีบุตร ภรรยา หรือผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาทุกครั้ง แม้ผู้สูงอายุจะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แต่รับรู้ได้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนที่เป็นกำลังใจ ดังการศึกษาของ วัฒนีย์ ปานจินดาและพุทธวรรณ ชูเชิด (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริม Self-care และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ในการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วย อันดับแรกควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยการทํากิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ เท่าที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำได้ก่อน เมื่อเริ่มทำได้คล่องก็ให้เพิ่มกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นที่แม้จะมีความพิการแต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าที่มาจากความพิการของร่างกาย ทำให้สามารถที่จะฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดียิ่งขึ้น

2. การปรับกิจกรรมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมอายุของผู้ป่วย เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่อายุมากย่อมจะมีจะมีการฟื้นฟูร่างกายได้ช้ากว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ดังนั้น การจัดการวางแผนการพยาบาลในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายควรมีการจัดและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายและทํากิจกรรม นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่กระตุ้นระบบประสาทและสมองให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกด้วยเพื่อชะลอความเสื่อมที่มีตามวัยและมาจากตัวโรคเพราะการรู้คิดที่ดีก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีของผู้ป่วยด้วย

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยทำนายเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ด้านร่างกายซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดสู่การจัดกระทำทางการวิจัยและเพื่อนำไปต่อยอดพัฒนาการให้การพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาการบำบัดทางพยาบาลหรืองานวิจัย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย เช่น การสร้างแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ หรือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2554). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพฯ: นีโอ ดิจิตอล.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *สถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญจนัณฉิชา เยียดไธสงคม, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, และสุพัตรา บัวที. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(5), 491-497.
- กาญจนศรี สิงห์ภู, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุกานดา อริยานุชิตกุล, ศศิธร แสงพงศานนท์, สุพจน์ คาสะอาด, อรทัย เล็กบุญญาสินและคณะ. (2559). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 54-59.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณา พิวเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ดุจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิติ สมประยูรกุล. (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 165- 169). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2558). โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *J Thai Stroke Soc*, 14(3), 146-152.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์
- จรัสวรรณ เทียนประภาส. (2536). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส ประภาส และพัชรี ต้นศิริ. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 480-514). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, และลักขณา ศิริถิรกุล. (2559). ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 1-12.

- จันทร์จิรา สีสว่าง และนงนภัทร รุ่งเนย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *Journal of Nursing Science*, 34(1), 10-18.
- จิรวรรณ โปรดบำรุง. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถทางการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 29(2), 233-237.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- ณัฐเศรษฐ มนินนากร, ปรีดา อารยวิชานนท์, ภัทรา วัฒนพันธ์, โฉมพิไล นันทรักษา, และวิไล คุปต์นิรติศัยกุล. (2552). ปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. *J Med Assoc Thai*, 91(3), 388-293.
- ดร.ณรรณ จันทร์แก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 42, 107-117.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (Vol. 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, และเจียมจิต แสงสุวรรณ. (2556). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8(4), 9-25.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, สมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจ, ประเสริฐพร จันทร์, เสาวลักษณ์ จันทร์เกษมจิต, และอำไพ อยู่วัลย์. (2549). ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 16(1), 1-9.
- ผกามาศ พิริยะประสาธน์. (2559). เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(3), 129-139.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอ กรู๊ปเพลส.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกรมการแพทย์*, 31(2), 97-103.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, พรทิพย์พา ธิมายอม, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, และกาญจนา ริวทอง. (2554). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.

- ยุพิน หมื่นทิพย์. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชดาภรณ์ หงษ์ทอง. (2556). *ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, อธิสร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิษฐ์, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2556). *ตำราประสาทวิทยาคลินิก volume 1*. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- รุ่งนภา เตชชกิจโกศล. (2552). *ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลศิริราช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ, และชุลีพร หิตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 49-55.
- วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ* (หน้า 489-499). กรุงเทพฯ: บริษัท ไอ กรู๊ป เพลส.
- วารลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2550). ประสพการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 72-83.
- วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- วัฒน์ นันท์ศุภวัฒน์ และพุทธวรรณ ชูจิต. (2559). *การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 5(2), 71-78.
- วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, วิมลวรรณ เหียงแก้ว, และชุติมา ชลาชนเดชะ. (2559). Association of Fugl-Meyer Assessment, Barthel index, and Stroke Impact Scale-16 in individuals with chronic stroke living in community/ความสัมพันธ์ในแบบประเมินฟลิกเมเยอร์-แอสเซสเมนต์ ดัชชีบาร์เท, และสโตรกิมแพคสเกล-16 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 24(2), 80-87.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.*

2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- ศิรินาถ ตงศิริ. (2556). การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(1), 131-142.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2546). *แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบุรณ. (2550). การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ: ประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2539). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค.
- สมิต ประสันนาการ, อัจฉรา คำมะทิตย์, ฐิติวรรณ โยธาทัย, และปานเพชร สกุลคู. (2560). กระบวนการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(1), 125-138.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สิทธิ อติรัตน์, บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, พรพชร กิตติเพ็ญกุล, และลัดดา ลาภศิริอนันต์กุล. (2554). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: The sun group.
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2552). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ahn, D.-H., Lee, Y.-J., Jeong, J.-H., Kim, Y.-R., & Park, J.-B. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of rehabilitation medicine*, 39(1), 74-80. doi:10.5535/arm.2015.39.1.74
- American Stroke Association. (2015). Risk factors for stroke. Retrieved from https://www.strokeassociation.org/idc/groups/strokepublic/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_309713.pdf

- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Virani, S. S. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics — 2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56-e528. doi:doi:10.1161/CIR.0000000000000659
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A Social Support Measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Calvani, D. L., & Douris, K. R. (1991). Functional assessment: A holistic approach to rehabilitation of the geriatric client. *Rehabilitation Nursing*, 16, 330-335. doi:10.1002/j.2048-7940.1991.tb01243.x
- Cameron, I. D., & Kurrle, S. E. (2002). Rehabilitation and older people. *MJA*, 177, 387-391.
- Chen, P., Yu, E. S. H., Zhang, M., Liu, W. T., Hill, R., & Katzman, R. (1995). ADL Dependence and Medical Conditions in Chinese Older Persons: A Population-Based Survey in Shanghai, China. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(4), 378-383. doi:10.1111/j.1532-5415.1995.tb05811.x
- Cickusic, A., Sinanovic, O., Zonic-Imamovic, M., & Kapidzic-Durakovic, S. . (2011). Functional recovery of patients after stroke. *Acta Medica Saliniana*, 40(2), 58-62.
- Claesson, L., Lindén, T., Skoog, I., & Blomstrand, C. (2005). Cognitive Impairment after Stroke – Impact on Activities of Daily Living and Costs of Care for Elderly People. *Cerebrovascular Diseases*, 19(2), 102-109. doi:10.1159/000082787
- Danovska, M., Stamenov. B., Alexandrova, M. & Psychinska, D. (2012). Post stroke cognitive impairment phenomenology and prognostic factors. *Journal of IMAB*, 18(3), 290.
- Ever, B. M., Townsend, C. M. & Thompson, J C. (1994). Organ physiology of aging The Surgical Clinics of North America. 74(1).
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gershkoff, A., Moon, D., Fincke, A., & Dangaria, H. (2015). Stroke Rehabilitation. In I. B. Maitin & E. Cruz (Eds.), *CURRENT Diagnosis & Treatment: Physical Medicine*

- & *Rehabilitation*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Gladman, J. R. (2008). The international classification of functioning, disability and health and its value to rehabilitation and geriatric medicine. *J Chin Med Assoc*, 71(6), 275-278.
- Harvey, R. L. M., Macko, R. F. M., Stein, J. D. M., Winstein, C. J. P. P. F., & Zorowitz, R. D. M. (2008). Stroke recovery and rehabilitation. Retrieved from <http://ebookcentral.proquest.com/lib/chulaebooks/detail.action?docID=449272>.
- Hayes, S. H., and Carroll, S. R. (1986). Early intervention care in the acute stroke patient. *Arch Phys Med Rehabil*, 65(5), 319-321.
- Howard, M. S. (2007). *Gender differences in functional abilities among elderly stroke survivors in medicare managed care*. (Degree doctor of public health), Morgan state university.
- Ishigaki, T., Izumi, M., Tanaka, H., Ogawa, T., Matsunami, S., Miyao, K., . . . Matsumoto, D. (2015). Impacts of family support on the rehabilitation outcome of stroke inpatients at rehabilitation hospitals in Japan—a multi-center study. *Physiotherapy*, 101, e647-e648. doi:10.1016/j.physio.2015.03.3480
- Jongbloed, L. (1986). Prediction of function after stroke: a critical review. *Stroke*, 17(4), 765-776.
- Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Vive-Larsen, J., Støier, M., & Olsen, T. S. (1995). Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: Time course of recovery. The Copenhagen stroke study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(5), 406-412. doi:[https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(95\)80568-0](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(95)80568-0)
- Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T. B., Lusso, F. M., Taub, D. M., & Miller, E. W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. *Science*, 220(4598), 733-735.
- Knecht, S., Hesse, S., & Oster, P. (2011). Rehabilitation after stroke. *Dtsch Arztebl Int*, 108(36), 600-606.
- Koh, W. L. E., Barr, C. J., & George, S. (2014). Factors influencing post-stroke rehabilitation participation after discharge from hospital. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(6), 260-267. doi:10.12968/ijtr.2014.21.6.260

- Kwon , Y., Faye L. Norby, Paul N. Jensen, Sunil K. Agarwal, Elsayed Z. Soliman, Gregory Y. H. Lip, W. T. Longstreth Jr., Alvaro Alonso, Susan R. Heckbert, and Lin Y. Chen,. (2016). Association of smoking, alcohol, and obesity with cardiovascular death and ischemic stroke in atrial fibrillation: The atherosclerosis risk in communities (ARIC) study and cardiovascular health study (CHS). *PLoS ONE*, 11(1), e0147065.
- Legg, T. J. (2017). Stroke and Depression: what you should know. [Online]. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/stroke/depression-after-stroke>
- Liu, X., Lv, Y., Wang, B., Zhao, G., Yan, Y., & Xu, D. (2007). Prediction of functional outcome of ischemic stroke patients in northwest China. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 109(7), 571-577. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2007.05.008>
- Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C. Ruiz Doblado, S. Jiménez Hernández, M. D. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>
- Lofgren, B., Nyberg, L., Osterlind, P. O. & Gustafson, Y. (1998). In-patient rehabilitation after stroke : outcome and factors associated with improvement. *Disability and rehabilitation*,, 20(2), 55-61.
- Luk, J. K. (2012). Rehabilitation in older people: know more, gain more. *Hong Kong Med J*, 18(1), 56-59.
- Magierska, J., Magierski, R., Fendler, W., Kłoszewska, I., & Sobów, T. M. (2012). Clinical application of the Polish adaptation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in screening for cognitive impairment. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 46(2), 130-139. doi:<https://doi.org/10.5114/ninp.2012.28255>
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176(Supplement C), 56-60.
- Mauk, K. L. (2011). *Rehabilitation Nursing a Contemporary Approach to Practice*. . Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Md State Med J*, 14(null), 61.
- Maskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P. & Kuptniratsaikul, V. . (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. *Medical journal of*

- the Medical Association of Thailand*, 91(101595 - 1602).
- Meiner, Z., Feintuch, U. Sajin, A., Yovchev, I., Gartsman, I., Moreh, E., et al. . (2015). Rehabilitation outcomes of patients with stroke: Effect of age on functional outcome and discharge destination. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 138-144.
- Mitchell, A. J., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M., & Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry*, 47(Supplement C), 48-60.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., & Collin, I. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221
- NationalstrokeAssociation.(2014). Risk factors. Retrieved from https://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/EffectsofStroke/Effects-of-Stroke_UCM_308534_SubHomePage.jsp
- Ones, K., Yalcinkaya, E. Y., Toklu, B. C., & Caglar, N. (2009). Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status on functional outcomes of stroke rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25(4), 241-249. doi:10.3233/NRE-2009-0521
- Opal, C. E. D., Alberta Liston, Marie Miller, Margaret. (2015). Coping with Stroke: Perceptions of Elderly Who Have Experienced Stroke and Rehabilitation Interventions. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 4(4), 76-88. doi:10.1310/bx0j-2n96-vdva-ue28
- Organization, W. H. (2017). Rehabilitation: Key for health in the 21st century in rehabilitation 2030: A Call for Action. Retrieved from <http://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>
- Painter, P., Stewart, A. L., & Carey, S. (1999). Physical functioning: definitions, measurement, and expectations. *Adv Ren Replace Ther*, 6(2), 110-123.
- Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Traballes, M., Lubich, S., & Grasso, M. G. (1998). Functional Outcome in Stroke Inpatient Rehabilitation: Predicting No, Low and High Response Patients. *Cerebrovasc Dis*, 8, 228-234.
- Paolucci, S., Antonucci, G., & Troisi, E. (2003). Aging and stroke rehabilitation. a case-

- comparison study. *Cerebrovasc Dis*, 15, 98-105.
- Patrick, L., Knoefel, F., Gaskowski, P., & Rexroth, D. (2001). Medical Comorbidity and Rehabilitation Efficiency in Geriatric Inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11), 1471-1477. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.4911239.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(19497).
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*: F. A. Davis Company.
- Rusin, M. (1990). Stroke rehabilitation: a geropsychological perspective. *Arch Phys Med Rehabil*, 71(11), 914-922.
- Salter, K., Jutai, J. W., & Teasell, R. (2005). *Disabil Rehabil*, 27(null), 315.
- Schmid, A. A., Damush, T., Tu, W., Bakas, T., Kroenke, K., Hendrie, H. C., & Williams, L. S. (2012). Depression Improvement Is Related to Social Role Functioning After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(6), 978-982. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.12.012>
- Schottke, H., & Giabbiconi, C. M. (2015). Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors. *Int Psychogeriatr*, 27(11), 1805-1812. doi:10.1017/S1041610215000988
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). *Stroke*, 20(null), 766.
- Tiden, V. P., & Weinert, C. (1990). Measurement of social support: Assessment of validity. *Nursing Research*, 39(7-8), 212-217.
- Thompson, H. S., & Ryan, A. (2009). The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *J Clin Nurs*, 18(12), 1803-1811.
- Tommi, S. (2005). *Functional ability and Health Behaviors Trends and associations among elderly people, 1985-2003*. University of Helsinki, Finland.
- Ward, A. B., Barnes, M. P., Stark, S. C., & Ryan, S. (2009). Chapter 1 Concepts of rehabilitation. doi:10.1093/med/9780199550524.003.0001
- Weinert, C. (2003). *Measuring social support: PRQ-2000* (C. D. Strickland Ed. Vol. 3). New York: Springer.

- Winovich, D. T., Longstreth, W. T., Arnold, A. M., Varadhan, R., Hazzouri, A. Z. A., Cushman, M., Odden, M. C. (2017). Factors Associated With Ischemic Stroke Survival and Recovery in Older Adults. *Stroke*, 48(7), 1818-1826 doi:10.1161/STROKEAHA.117.016726
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- World Health Organization. (2019). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-1-causes-of-death>
- Wulsin, L., Alwell, K., Moomaw, C. J., Lindsell, C. J., Kleindorfer, D. O., Woo, D., . . . Kissela, B. M. (2012). Comparison of two depression measures for predicting stroke outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 175-179. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.015>
- Wyller, T. B., Sørdring, K. M., Sveen, U., Ljunggren, A. E., & Bautz-Holter, E. (1997). Are there gender differences in functional outcome after stroke? *Clinical Rehabilitation*, 11(2), 171-179. doi:10.1177/026921559701100211
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zinn, S., K Dudley, T., Bosworth, H., M Hoenig, H., Duncan, P., & D Horner, R. (2004). *The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcome* 1 1 No commercial party having a direct financial interest in the results of the research supporting this article has or will confer a benefit on the author(s) or on any organization with which the author(s) is/are associated (Vol. 85).



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่
1. รศ.พญ. วิไล คุปต์นิรติศัยกุล	แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. นางสาวรุ่งนภา เตชะกิจโกศล	พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิม พระเกียรติ 11 โรงพยาบาลศิริราช
4. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	พยาบาลผู้ชำนาญการการพยาบาลผู้ป่วยระบบ ประสาทและสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวพุทธประวีณ์ บุญยะวันตั้ง	หัวหน้าฝ่ายกายภาพบำบัด โรงพยาบาลผู้สูงอายุ เม็อสเซอร์โฮม

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1594



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณทริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิไล คุปต์นิริติศัยกุล หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิไล คุปต์นิริติศัยกุล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
นางสาวบุณทริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573

ที่ ศธ 0512.11/1595



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณทริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ด้านวารสารและตำรา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวบุณทริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573



ที่ ศธ 0512.11/ 1596

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑/ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรุ่งนภา เตชะกิจโกศล หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 11 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวรุ่งนภา เตชะกิจโกศล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573

ที่ ศธ 0512.11/1598



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3/ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุเม็อสเซอร์โฮม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณชริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพุทธประวีณ์ บุญะวันตั้ง หัวหน้าฝ่ายกายภาพบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวพุทธประวีณ์ บุญะวันตั้ง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
นางสาวบุณชริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573

ที่ ศธ 0512.11/1597



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณทริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149
นางสาวบุณทริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573

ที่ ศธ 0512.11/ 1682



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กันยายน 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู หน่วยตรวจโรคอายุกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรมโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 90 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรู้คิด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ฝ่ายวิจัย
2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-4192680

ที่ ศธ 0517.07/02509

วันที่ 12 เมษายน 2562

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ของ น.ส.บุณทริกา มณีโชติ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้าง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/1687 ลงวันที่ 18 กันยายน
ถึง 2561

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุณทริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามและขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนกับผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีารการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ความละเอียดดังกล่าวนี้

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินยอมให้ นางสาวบุณทริกา มณีโชติ เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มาทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

26 ก.ย. 2561



โรงพยาบาลราชวิถี
11728
วันที่ 16 ก.ย. 2561
เวลา 14.14.07 น.

ที่ ศธ 0512.11/ 1681

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กันยายน 2561

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
รับ ที่ 1225
วันที่ 27 ก.ย. 2561
เวลา 15.17 น.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด } ๒ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู หน่วยตรวจโรคอายุกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรู้คิด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรมอบหมายงานวิจัยฯ พิเศษลง

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

26 ก.ย. 61

ทราบ ดำเนินการ

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์
เพื่อพิจารณา

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

11.ย. 2561

(นายวีระศักดิ์ ศรีนพการ)

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
27 ก.ย. 2561

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

✓ นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ โทร. 08-4331-6573

พจนานุกรมศัพท์

ภญ.พญ.

(นางสาวกฤษณา อาษายศ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศึกษาดูงานหัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์

ศศ.วิจ-วิจัย





เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 61182

เอกสารเลขที่ 197/2561

ชื่อโครงการ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

(ภาษาอังกฤษ) “Selected factors related to physical functional ability among stroke older persons.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวบุณทริกา มณีโชติ ตำแหน่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารธุรกิจ

ผู้ร่วมวิจัย รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ตำแหน่ง อาจารย์

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 14 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 13 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนภากร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

1 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



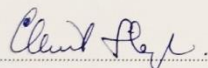
Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

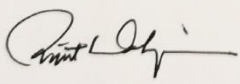
COA no. Si 152/2019

Protocol Title(English) : Selected factors related to physical functional ability among stroke older persons
Protocol Title(Thai) : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
SIRB Protocol No. : 773/2561(EC3)
Principal Investigator/Affiliation : : Miss Boontarika Maneechot / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Duration of research : 1 year 6 months
Approval date : February 28, 2019
Expired date : February 27, 2020

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)


.....
(Prof. Chairat Shayakul, M.D.)
Chairperson

- 1 MAR 2019
.....
date


.....
(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- 4 MAR 2019
.....
date

Approval includes :

1. SIRB submission form, date February 26, 2019
2. Proposal
3. Participant information sheet, date
4. Informed consent form, date
5. Questionnaire
6. Curriculum vitae

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ข

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
ต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสียหายที่อาจจะ
เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้า
จะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้ง
ยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ
วิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวบุณทริกา มณีโชติ สถานที่ทำงาน ตึก72ปี หอผู้ป่วย
72 ปี ชั้น 4 ประสาทศัลยศาสตร์หญิง โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-4197104 โทรศัพท์มือถือ
084-3316573

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษา
ปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระ
เกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วม
การวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่
มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็น
ข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)



เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวบุณฑริกา มณีโชติ

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วย 72 ชั้น 4 ประสาทศาสตร์หญิง โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 084-33 16573

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ไม่มี มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย สิงหาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2562

ที่มาของโครงการวิจัย ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากสถิติในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,088.91 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าวัยอื่น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) ภายหลังเกิดโรคผู้ป่วยจะมีความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงตามมา ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะติดเตียง ข้อติดเกร็ง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมตามวัยของร่างกายผู้สูงอายุร่วมกับการเกิดโรค และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรค (Mitchella, 2017) จากการไม่สามารถยอมรับกับสภาพร่างกาย หรือกลายเป็นภาวะขาดกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว (Opal, 2015) บางรายมีปัญหาด้านการรู้คิด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของร่างกายผู้สูงอายุทำให้มีการฟื้นฟูล่าช้า หรืออาการแย่ลง การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีจึงเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และคณะ, 2550) ซึ่งการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความสำเร็จในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ประเมินจากความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางและวางแผนการพยาบาล ร่วมกับการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

รับรองโดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ฉบับวันที่ 26 ตุลาคม 2561 ที่โรงพยาบาล
รหัสดำเนินการ 7.73/2561 (EC3)
COA No. SI 152/2019
รับขึ้นเรื่อง 28 ก.พ. 2562

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และท่านมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 121 คน ผู้ร่วมวิจัยโรงพยาบาลศิริราช 90 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดแบบสอบถาม พร้อมทั้งวิธีตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามแก่ท่านจนเข้าใจ แบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน มีคำถามทั้งหมด 74 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรู้คิด	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	จำนวน 10 ข้อ

- ระยะเวลาที่ท่านเข้าร่วมอยู่ในโครงการวิจัยเพียงครั้งเดียวและเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

- ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือหากท่านไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยต้องได้รับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลระหว่างการตอบแบบสอบถามทำให้ตอบแบบสอบถามได้ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยยินดีพักการเก็บข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลก่อน แล้วจึงติดตามขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยทำกิจกรรมนั้นแล้วเสร็จ

- การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจท่าน หากระหว่างการตอบแบบสอบถามท่านต้องการยุติการตอบแบบสอบถามและไม่สมัครใจจะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

- หากท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน



ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นเพียงการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจึงมีความเสี่ยงน้อยต่อภาวะโรคของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดใจ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าและเกิดความเครียด จากการตอบแบบสอบถาม หรืออาจทำให้ท่านมีความไม่สะดวกสบายและเสียเวลาในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และกังวลกับการรอเรียกตรวจ วิธีป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จัดหาสถานที่สำหรับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความเป็นส่วนตัวโดยอยู่ใกล้กับบริเวณห้องตรวจ เพื่อสามารถตอบแบบประเมินได้อย่างอิสระ และยังสามารถได้ยินเสียงเรียกเข้าห้องตรวจ ลดความไม่สบายใจและลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถหยุดพักและทำแบบสอบถามเมื่อมีความพร้อมเพื่อลดความเบื่อหน่ายหรือความเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ ได้รับการตรวจตามมาตรฐานปกติที่ท่านเคยได้รับจากแพทย์ที่ทำการรักษาท่าน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวบุณทริกา มณีโชติ เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 084-3316573

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ ไม่มี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายให้ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดโอกาสของการเกิดภาวะพึ่งพิงหรือภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มีค่าใช้จ่าย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ฉบับวันที่	26 ตุลาคม 2561 ราชวิทยาลัย
รหัสโครงการ	773/2561 (EC3)
COA No. SI	152/2019
วันที่รับรอง	28 ก.พ. 2562

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
<http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถ
ร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2
โทร. 0 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....)
วันที่.....

	รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ศิริราชพยาบาล
ฉบับวันที่ 26 ตุลาคม 2561	773/2561
รหัสโครงการ	152/2019
COA No. SI	2-8 ก.พ. 2562
วันที่รับรอง	

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

ข้าพเจ้าทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็น การรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับ รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น อายุ รายได้ การศึกษา เป็นต้น และจากข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม นอกจากนี้ยังทราบว่า การวิจัยครั้งนี้จะยังประโยชน์ต่อความรู้ทางด้านวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีจะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวบุณพริกา มณีโชติ เบอร์โทรศัพท์: 084-3316573 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย
 (.....)

วันที่.....

ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวบุณพริกา มณีโชติ)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน
 (.....)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....



Ethics Committee on Researches Involving
 Human Subjects
 Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
 Approval Date: 14 NOV 2018



แบบสอบถามเลขที่.....

สถานที่.....

วันที่.....

โครงการวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรู้คิด | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า | จำนวน 30 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย | จำนวน 10 ข้อ |

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ส่วนข้อที่ 2, 7 และ 8 ให้ท่านเขียนเติมข้อความ

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. การศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ระดับระดับปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพเดิม

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้ของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> เพียงพอเหลือเก็บ
<input type="checkbox"/> เพียงพอไม่เหลือเก็บ
<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
7. โรคประจำตัว
8. ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึงปัจจุบัน.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อคำตอบโดยพิจารณาเกณฑ์เลือกตอบดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ท่านมีคนอยู่ใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่ามีความปลอดภัย						
2. ท่านและเพื่อนยังคงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน						
3. ท่านมีคนที่รักและเอาใจใส่						
14. ท่านยังคงมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว						
15. ท่านรับรู้ว่าคุณยังเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว						
รวม						

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิดแต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเท่านั้น โปรดอ่านข้อความ และทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งหมด 10 ข้อ อ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง () คำตอบที่ตรงกับที่สามารถทำได้มากที่สุดเพียงกิจกรรมละ 1 คำตอบเท่านั้นโดยพิจารณาจากข้อความที่แสดงไว้ในตารางกิจกรรมการประเมินดังต่อไปนี้

กิจกรรม/ คะแนน	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) () ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ (0) () ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า (1) () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ (2)	
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	
10. Bladder (การปัสสาวะ) () กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้ (0) () ปัสสาวะเล็ดหรือสวนน้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน (ประเมินความสามารถใน 7 วันที่ผ่านมา) (1) () ปัสสาวะเองได้ (2)	
รวม	



การวิเคราะห์ความเที่ยง

1. การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Cronbach's Alpha	N of Items
.713	15

จาก Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .71

2. การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินการรู้จัก

Cronbach's Alpha	N of Items
.832	11

จาก Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรู้จัก ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83

3. การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

Cronbach's Alpha	N of Items
.808	30

จาก Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะ ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

4. การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	10

จาก Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะ ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

ตารางที่ 14 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)

การสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ	\bar{x}	SD
ด้านความรักใคร่ผูกพัน		
1. ท่านมีคนอยู่ใกล้ซิดที่ทำให้รู้สึกว่ามีความปลอดภัย	4.76	0.94
2. ท่านและเพื่อนยังคงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.55	1.13
3. ท่านมีคนที่รักและเอาใจใส่	5.47	0.63
4. เมื่อท่านมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน ท่านสามารถพึ่งพาญาติ พี่น้องหรือเพื่อนฝูงได้	4.83	1.07
ด้านความช่วยเหลือ ด้านการส่งเสริมให้มีการพัฒนา		
5. ท่านมีคนพร้อมจะให้ความช่วยเหลือท่านด้านการทำกิจกรรมทางร่างกายได้ ในระยะยาวถ้าท่านต้องการ เช่น ช่วยการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว	5.12	0.67
6. ท่านมีคนพร้อมจะรับฟังความรู้สึกของท่าน	4.25	1.09
7. ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือท่านโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน	4.45	1.29
8. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออารมณ์ไม่ดีท่านมีคนที่สามารถระบายความรู้สึกได้	3.83	1.29
9. ท่านมีคนที่สามารถให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือท่านในการวางแผนแก้ไข ปัญหาต่างๆได้	4.24	1.11
10. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะมีคนที่จะให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้แก่ท่านได้	4.78	0.89
ด้านการรับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
11. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองท่านยังคงชอบทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น	3.98	1.26
12. ท่านรู้สึกว่าคนอื่นสบายใจที่จะทำงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับท่าน	4.26	1.17
13. ท่านรู้สึกว่าเพื่อนๆ ให้ความสำคัญกับท่านเมื่อทำกิจกรรมร่วมกัน	4.25	1.22
ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง		
14. ท่านยังคงมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว	5.55	0.57
15. ท่านรับรู้ว่าคุณยังเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว	5.64	0.53

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)

ภาวะซึมเศร้ารายข้อ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	107	88.4%	14	11.6%
2. ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	95	78.5%	26	21.5%
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	85	70.2%	36	29.8%
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	79	65.3%	42	34.7%
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	110	90.9%	11	9.1%
6. ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้	95	78.5%	26	21.5%
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี	94	77.7%	27	22.3%
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน	58	47.9%	63	52.1%
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข	109	90.1%	12	9.9%
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	114	94.2%	7	5.8%
11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	114	94.2%	7	5.8%
12. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	21	17.4%	100	82.6%
13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	64	52.9%	57	47.1%
14. ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น	61	50.4%	60	49.6%
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่	110	90.9%	11	9.1%
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ	107	88.4%	14	11.6%
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า	118	97.5%	3	2.5%
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	95	78.5%	26	21.5%
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	78	64.5%	43	35.5%
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่	71	58.7%	50	41.3%
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น	66	54.5%	55	45.5%
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง	119	98.3%	2	1.7%
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน	84	69.4%	37	30.6%
24. ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆ อยู่เสมอ	88	72.7%	33	27.3%
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	111	91.7%	10	8.3%
26. ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน	69	57.0%	52	43.0%
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	104	86%	17	14%
28. ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น	101	83.5%	20	16.5%

ภาวะซึมเศร้ารายข้อ	ใช่		ไม่ใช่	
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว	33	27.3%	88	72.7%
30. ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน	102	84.3%	19	15.7%

ตารางที่ 16 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)

การทำหน้าที่ด้านร่างกายรายข้อ	คะแนนเต็ม	\bar{x}	SD
1. Feeding	2	1.74	0.43
2. Transfer	3	2.39	0.68
3. Grooming	1	0.86	0.34
4. Toilet Use	2	1.57	0.64
5. Bathing	1	0.84	0.36
6. Mobility	3	2.52	0.71
7. Stairs	2	1.54	0.67
8. Dressing	2	1.68	0.53
9. Bowels	2	1.71	0.56
10. Bladder	2	1.65	0.64

Correlations

		age	social	MMSE	depression	Phisical
age	Pearson Correlation	1	.059	-.310**	.122	-.399**
	Sig. (2-tailed)		.522	.001	.182	.000
	N	121	121	121	121	121
social	Pearson Correlation	.059	1	.031	.045	.025
	Sig. (2-tailed)	.522		.733	.625	.790
	N	121	121	121	121	121
MMSE	Pearson Correlation	-.310**	.031	1	-.045	.348**
	Sig. (2-tailed)	.001	.733		.622	.000
	N	121	121	121	121	121
depression	Pearson Correlation	.122	.045	-.045	1	-.337**
	Sig. (2-tailed)	.182	.625	.622		.000
	N	121	121	121	121	121
Phisical	Pearson Correlation	-.399**	.025	.348**	-.337**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.790	.000	.000	
	N	121	121	121	121	121

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	บุณทริกา มณีโชติ
วัน เดือน ปี เกิด	14 กุมภาพันธ์ 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปีการศึกษา 2554
ที่อยู่ปัจจุบัน	280 ม. 24 ต. หัวขวาง อ.โกสุมพิสัย จ. มหาสารคาม สถานที่ทำงาน : หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 4 ประสาทศัลยศาสตร์หญิง โรงพยาบาลศิริราช E-mail : boontarika23428@gmail.com



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY