



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บุณพริกา มณีโชติ* และ ศิริพันธ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการรู้คิดโดยใช้ MMSE-Thai 2002 และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้ Barthel ADL Index ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .71, .80, .83 และ .91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, $SD. = 4.11$) 2) อายุและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $r = -.337$ ตามลำดับ) 3) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) 4) เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป: อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง โดยในเพศชายมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้น การให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับช่วงอายุและเพศ โดยมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการรู้คิด จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง/ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย/ ผู้สูงอายุ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
Email: sisasat@gmail.com



Selected Factors Related to Physical Functional Ability among Stroke Older Persons

Boontarika Maneechot* and Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: 1) To study the physical functional ability of stroke older persons and 2) To study relationships between gender, age, depression, social support, cognition, and physical functional ability of stroke older persons.

Research Design: Descriptive correlational research

Methodology: The participants were 121 men and women with stroke, aged over 60, who visited the out-patient department of the 2 tertiary hospitals. They came from purposive sampling. The questionnaire was applied to collect data. The instruments were the demographic questionnaire, Social supports assessment, Thai Geriatric Depression Scale, cognition assessment using MMSE-Thai 2002, and Barthel ADL Index. The content validity is .92 and the reliability is .71, .80, .83, .93, respectively. Data were analyzed by descriptive statistic, Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient and Chi-square test.

Result: 1) The overall physical functional ability of stroke older persons for self-care is at a good level ($\bar{x} = 16.56$, $SD. = 4.11$) 2) Age and depression were significantly negative correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05. ($r = -.399$, $r = -.337$). 3) The cognition was significantly positive correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05 ($r = .348$) 4) Gender was significantly correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05, and 5) Social supports have no correlation with physical functional ability among stroke older persons.

Conclusion: The older of age affects the degradation of physical functional ability while the physical functional ability of men is better than women. Therefore, to give appropriate care for age and gender, the screening of depression and cognition will also help the physical functional ability of stroke older persons to work better.

Keywords: Stroke / Physical functional ability/ Older Persons

* Student in master of nursing science program faculty of nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Thesis Advisor.
Email: siasat@gmail.com



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการภายหลังการรอดชีวิต และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ¹ สำหรับประเทศไทย พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 38.7 เมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็น 47.8 ในปี พ.ศ. 2560² และพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,088.91 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² และเมื่อภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความชุกของอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.3 ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-69 ร้อยละ 2.3³

ความพิการหรืออัมพาตส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พบว่า ด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยเสียการทรงตัว มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ส่งผลให้การทํากิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะกลัวเกี่ยวกับความพิการ กลัวการทกล้ม และกลัวเป็นภาระครอบครัว⁴ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁵ ส่วนด้านสังคม ความพิการที่หลงเหลือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูดติดต่อสังคมลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและครอบครัวลดลง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง⁴ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เมื่อร่วมกับความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการฟื้นฟูเป็นไปอย่างล่าช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะส่งผลให้การทํากิจวัตรประจำวันในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง⁶ ผลที่ตามมาจากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทํากิจวัตรประจำวันลดลง

ส่งผลให้มีการทํากิจวัตรประจำวันลดลง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดเกร็ง เกิดภาวะนอนติดเตียง เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องดูแลเพิ่มขึ้นตามมา โดยผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การหาแนวทางเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการทํากิจวัตรประจำวันที่ดีจึงจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการทํากิจวัตรประจำวันดังกล่าว โดยการทํากิจวัตรประจำวัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทํากิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน และการเคลื่อนไหวได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ประกอบด้วยการอาบน้ำ การหวีผม การสวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขึ้นบันได⁷

การมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการทํากิจวัตรประจำวันที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้นำกรอบแนวคิด การจำแนกการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความพิการทางกายและภาวะสุขภาพนานาชาติ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) สร้างโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)⁸ ซึ่ง ICF model มักใช้ในการประเมินความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้หลักเชื่อมโยงปัญหาและหาสาเหตุความบกพร่องของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 1) การทำงานของร่างกายและโครงสร้างร่างกาย (Body functional and structures) รวมถึงสุขภาพจิต 2) ด้านกิจกรรม (Activity) 3) การมีส่วนร่วม (Participation) โดยมีสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มาเกี่ยวข้อง⁹ โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านการทํากิจกรรม (Activity limitation) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิด ICF model ในส่วนของการทํากิจกรรมมาศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึง



ความสามารถการทำหน้าที่ด้านร่างกายในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านร่างกายทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงและการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจนที่สุด และใช้ ICF model ในการคิดสรรปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยจากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ⁹ เพศ¹⁰ ภาวะซึมเศร้า¹¹ การรู้คิด¹² และการสนับสนุนทางสังคม¹³ เมื่อใช้กรอบ ICF model มาร่วมประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายในด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายและโครงสร้างร่างกายและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้คิดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและเพศ ในส่วนของการมีส่วนร่วมพบว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในส่วนของประเมินผลจึงไม่นำมาศึกษา

ทั้งนี้การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายดังกล่าว พบว่า ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุยังมีไม่ชัดเจนเป็นการศึกษากลุ่มอายุโดยรวมตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทำให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง เพราะความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางและวางแผนการพยาบาลร่วมกับการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยและทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ภาวะซึมเศร้า และการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

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



1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike¹⁴ จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 121 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ดังนี้ 1) แบ่งสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 5 สังกัด ประกอบด้วย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดองค์การการกุศล 2) สุ่มสังกัดโรงพยาบาล โดยสุ่มมา 2 สังกัด จาก 5 สังกัด ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) ได้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดทั้ง 2 สังกัด สุ่มสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี

3. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ. =

$\frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (121)} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละ รพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (420)}}$

จำนวนประชากรทั้งหมด (420)

ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราช 66 คน และโรงพยาบาลราชวิถี 55 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและชนิดแตกที่ได้รับการรักษาจนพ้น Acute stage เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังจากเกิดโรค

2. มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก Motor power grade 1- 4 ในด้านที่อ่อนแรง

3. สื่อสารโดยถามและตอบเป็นภาษาไทยได้

4. สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะวิกฤตระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น อากาศชัก หมาดสติ

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 และเก็บข้อมูลจนครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาการเกิดโรค

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Arsanok¹⁵ ที่แปลมาจาก The Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) ของ Brandt และ Weinert¹⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แปลผลคะแนน ด้านบวก ไม่เห็นด้วยมาก (1)-เห็นด้วยมาก (6) ด้านลบกลับคะแนน การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.66) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (2.67-4.33)



การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (4.34-6.00)

3. แบบประเมินการรู้คิด ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental examination-thai version 2002 หรือ MMSE ฉบับภาษาไทย) ที่คณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แปลมาจากแบบประเมิน MMSE ของ Folstein และคณะ¹⁷ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) มีคำถามจำนวน 11 ข้อใหญ่ แต่ละข้อมีข้อคำถามย่อย รวมทั้งหมด 30 ข้อ การแปลคะแนนตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน แปลผลจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดบกพร่อง คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) จุดตัด ≤ 14 เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัด ≤ 17 เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัด ≤ 22

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage และคณะ¹⁸ แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อมาตรฐานประเมินแบบถูกผิด เกณฑ์การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน คะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)

5. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Jitapunkul⁷ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel index ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel¹⁹

ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำการ สวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ดัชนีการช่วยเหลือตนเอง (Intraclass correlation coefficient: ICC เท่ากับ 0.87) และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC เท่ากับ 0.86) แบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวม 0-20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ (0-4 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย (5-8 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง (9-12 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี (12-20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และจากนั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา-ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.71 แบบประเมินการรู้คิด เท่ากับ 0.83 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการเลขที่ 61182 เอกสารเลขที่ 197/2561 ลง ณ วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช



หนังสือเลขที่ COA no. Si 152/2019 ลง ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยติดต่อประสานกับหัวหน้าหน่วยตรวจเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดวันเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้วิจัยและญาติ ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแต่ละส่วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลาในการสอบถามกลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถีในวันจันทร์ ถึง พุธ สัปดาห์ เวลา 7.30-13.00 น. เริ่มเก็บข้อมูล 1 ธ.ค. พ.ศ.2561 และเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชในวันจันทร์ พุธ พุธ สัปดาห์ และศุกร์ เวลา 7.30-12.00 น. เริ่มเก็บข้อมูล 15 มี.ค. พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และวิเคราะห์ที่ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการบกพร่องทางการรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 121คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงพอกับเพศชาย (60-61 คน) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62 ($\bar{X} = 68.60$, $SD. = 5.60$) สถานภาพสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-6 เดือน จำนวน 63 คน และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด จำนวน 95 คน

การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมองคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วงการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, $SD. = 4.11$) โดยที่การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางจำนวน 12 คน ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย จำนวน 8 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้จำนวน 2 คน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)

คะแนนการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	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

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับ การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

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

กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 65 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางและน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการอาบน้ำ จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การเข้าห้องน้ำ การขึ้นบันได และการล้างหน้าตามลำดับ ช่วงอายุ 70-79 ปี กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 31 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำนวน 5 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ จำนวน 2 คน กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการล้างหน้า จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การปัสสาวะ การอาบน้ำ และการควบคุมการถ่ายอุจจาระตามลำดับ ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 4 คนช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้

ปานกลางและมาก กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การขึ้นบันได และการควบคุมการถ่ายอุจจาระ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้มีความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 63 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.43 (SD. = 3.13) และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 58 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.33 (SD. = 3.14) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86 รองลงมา คือ มีความซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 และพบมีซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 4.66 (SD. = 0.47) เมื่อพิจารณาจากรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) (n=121)

	0-4 คะแนน		5-8 คะแนน		9-12 คะแนน		13-20 คะแนน	
	ทำกิจกรรมไม่ได้	ทำกิจกรรมได้น้อย	ทำกิจกรรมได้น้อย	ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	ทำกิจกรรมได้มาก	ทำกิจกรรมได้มาก	
	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

โดยมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 5.59 (SD. = 0.50) และมีด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD. = 1.03)

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า อายุและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $-.337$ ตามลำดับ) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .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 ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, SD. = 4.11) ส่วนใหญ่มีระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.9 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จากการพิจารณาในการทำหน้าที่ด้านร่างกายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพยายามในการที่จะฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายและใส่ใจการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถามหลายท่านมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพื่อให้อาการกลับมามีชีวิตที่ดี จะได้ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน มีการพยายามเริ่มทำกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่ทำได้ ซึ่งการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lofgren และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสิ่งที่มุ่งเน้น คือ การให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคู่สมรสหรือพึ่งพาน้อยที่สุด⁴



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความพิการจากพยาธิสภาพของโรคตามมา ร่วมกับอายุที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟูตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บและการเชื่อมต่อด้านน้อยลง¹³ แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง จากผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่างอายุ 80-89 ปี จะมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Liu และคณะ²² พบว่า อายุเพิ่มขึ้นทุกปีจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง Cickusic และคณะ⁹ กล่าวว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าทำให้ผู้ป่วยหมดความสนใจในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องคล่องกับการศึกษาของ Matsuzaki และคณะ¹¹ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Ahn และคณะ²³ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้านักกลับมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก อธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึม

เศร้าจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย กลับไม่ส่งผลต่อการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ดีจากความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongbaiprasath และคณะ²⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยคือการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและพยายามช่วยตนเองเพื่อลดการพึ่งพาคนในครอบครัว โดยการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและมีการพึ่งพาอย่างเหมาะสมร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าแม้จะยังมีความเบื่อหน่าย กังวลกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป แต่กลับมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะไม่อยากเป็นภาระกับครอบครัว

การรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องของการรู้คิดจากพยาธิสภาพของสมองจากการขาดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง และยิ่งในวัยผู้สูงอายุที่อวัยวะในร่างกายเริ่มเสื่อมไปตามวัย รวมถึงสมองยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ไม่มีผู้ที่บกพร่องทางการรู้คิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน สอดคล้องคล่องกับการศึกษาของ Ones และคณะ¹² ที่พบว่า ระดับความรู้คิดที่ดีหรือปกติส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการศึกษาของ Claesson และคณะ²⁵ ที่พบว่า ความบกพร่องทางการรู้คิดจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่งลงของการทำกิจวัตรประจำวัน



เพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า เพศเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความแตกต่างของสรีระร่างกายของบุคคล บ่งบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์และทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีหลายการศึกษาที่ระบุถึงความแตกต่างระหว่างเพศในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ดังการศึกษาของ Howard¹⁰ ที่พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า มีปัญหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายเมื่อเกิดโรค จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชาย มีจำนวนพอๆ กัน การทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับการทำกิจกรรมแยกตามเพศชายและเพศหญิง พบว่ามีเพศหญิง จำนวน 2 คน มีระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ ซึ่งไม่พบการทำกิจกรรมไม่ได้ในเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าเพศชายมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lofgren และคณะ²¹ ที่พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นและเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง

ในการวิจัยนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด แตกต่างจากการศึกษาของ Ishigaki และคณะ²⁶ ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีผลทางบวกในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และ Pongcharoen และคณะ²⁷ พบว่า การไปเยี่ยมผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์หรือมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เข้าไปเยี่ยมดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยการศึกษาวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามจะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด มีความกระตือรือร้นในการมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและที่บ้านโดยที่ญาติไม่ต้องโน้มน้าวหรือกระตุ้น เพราะไม่ยอมเป็นภาระของลูกหลานและคิดว่าสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นหลักในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 6-69 ปี (ร้อยละ 62) ซึ่งเป็นกลุ่มช่วงอายุที่ยังแข็งแรงและมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี อาจเป็นสาเหตุทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการผลศึกษานี้สรุปได้ว่าปัจจัยด้าน อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้าและการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปวิจัยเหล่านี้มาประยุกต์กับผู้สูงอายุในด้าน การวางแผนให้การพยาบาลและสร้างแบบแผนการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและแม้ในผลการศึกษานี้การสนับสนุนทางสังคมจะไม่มี ความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แต่การสนับสนุนทางสังคมก็ ยังเป็นสิ่งที่คุณสูงอายุยังควรที่จะได้รับจากครอบครัวและบุคลากร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care) และความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ด้วยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ในการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยอันดับแรกควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยการทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่ายๆ เท่าที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำได้ก่อน เมื่อเริ่มทำได้คล่องก็ให้เพิ่มกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น เป็นการเสริมสร้าง



ความมั่นใจให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นที่แม้จะมีความพิการแต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด

2. การปรับกิจกรรมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมอายุของผู้ป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากย่อมจะมีมีการฟื้นฟูร่างกายได้ช้าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ดังนั้น การจัดการวางแผนการพยาบาลในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายควรมีการจัดและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายและทำกิจกรรม นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่กระตุ้นระบบประสาทและสมองให้ผู้ป่วยได้ฝึกด้วยเพื่อชะลอความเสื่อมที่มีตามวัยและมาจากตัวโรคเพราะการรู้คิดที่ดีก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีของผู้ป่วยด้วย

3. ควรศึกษาการบำบัดทางพยาบาลหรืองานวิจัย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย เช่น การสร้างแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ หรือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 121 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนบุคลากรทั้ง 2 โรงพยาบาลที่ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2019 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-1-causes-of-death>.
2. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics 2016. Nontaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health; 2017.
3. Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nontaburi: The Graphico system co. Ltd.; 2014.
4. Pajarya K. Stroke Rehabilitation. Bangkok: Medical Education Technology center Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2007.
5. Mitchell AJ, Sheth B, Gill J, Yadegarfar M, Stubbs B, Yadegarfar M, Meader N. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry* 2017; 47: 48-60. Doi. [org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001).
6. Tommi S. Functional ability and Health Behaviors Trends and associations among elderly people, 1985-2003. Finland: University of Helsinki; 2005.
7. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
8. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health



- Organization; 2001.
9. Cickusic A, Sinanovic O, Zonic-Imamovic M, Kapidzic-Durakovic S. Functional recovery of patients after stroke. *Acta Medica Saliniana* 2011; 40(2): 58-62.
 10. Howard MS. Gender differences in functional abilities among elderly stroke survivors in medicare managed care. Degree doctor of public health of Public Health Morgan state university; 2007.
 11. Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuki S, Koyama A, Hirata Y, Iked M. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders* 2015; 176: 56-60. Doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020.
 12. Ones K, Yalcinkaya EY, Toklu BC, Caglar N. Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status on functional outcomes of stroke rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 2009; 25(4): 241-249. Doi:10.3233/NRE-2009-0521.
 13. Panjinda W, Choocherd P. Achieving a Holistic Approach in Stroke Rehabilitation. *APHEIT International Journal* 2559; 5(2): 70-78. (In Thai)
 14. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: you and I Intermedia; 2553. (In Thai)
 15. Arsanok A, Jitpanya C, Khaoroptham S. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor [Master's Thesis, Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (In Thai)
 16. Brandt PA, Weinert C. The PRQ-A Social Support Measure. *Nursing Research* 1981; 30(5): 277-80. Doi.org/10.1097/00006199-198109000-00007.
 17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12(3): 189-98.
 18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1982; 17(1): 37-49.
 19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal* 1965; 14: 61-5.
 20. Masskulpan P. Related Factors to Functional Outcome among Stroke Rehabilitation 2006; 31(2): 97-103. (In Thai)
 21. Lofgren B, Nyberg, L., Osterlind PO, Gustafson Y. In-patient rehabilitation after stroke: outcome and factors associated with improvement. *Disability and rehabilitation* 1998; 20(2): 55-61.
 22. Liu X, Lv Y, Wang B, Zhao G, Yan Y and Xu D. Prediction of functional outcome of ischemic stroke patients in northwest China. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2007; 109(7): 571-7.
 23. Ahn DH, Lee YJ, Jeong JH, Kim YR, Park JB. 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* 2015; 39(1): 74-80. Doi.org/10.5535/arm.2015.39.1.74
 24. Thongbaiprasath W, Wannapornsiri C, Suntayakorn C, Siripornpibul T. Experiences on Illness



- Adaptation among the Cerebrovascular Disease Patients Living in Tombon Santo, Khanuwaralaksaburi District, Kamphangphet Province. *Journal of Nursing Science Naresuan University* 2007; 1(1): 72-84. (In Thai)
25. Claesson L, Lindén T, Skoog I, Blomstrand C. Cognitive Impairment after Stroke-Impact on Activities of Daily Living and Costs of Care for Elderly People. *Cerebrovascular Diseases* 2005; 19(2): 102-9.
26. Ishigaki T, Izumi, M, Tanaka H, Ogawa T, Matsunami S, Miyao K, et al. Impacts of family support on the rehabilitation outcome of stroke inpatients at rehabilitation hospitals in Japan—a multi-center study. *Physiotherapy* 2015; 101(Suppl 1): 647-8. Doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3480.
27. Pongcharoen C, Luk-in C, Siratirakul, L. The effects of village health volunteers' participation to home health care model on quality of life in stroke patients. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2016; 26(1):149-60. (In Thai)