

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ปัทมา กรวงโพธิ์¹, สุพร วงศ์ประทุม², วิษณุ ดวงแสนจันทร์¹

¹อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

²ข้าราชการบำนาญ พยาบาลเชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้ จำนวน 184 คน จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 5 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนือง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.68, 0.67, 0.63, 0.90, 0.68, 0.95 และ 0.68 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.7%) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 67.4) ($\chi^2 = 67.85$,

SD = 7.62). 2) สุขภาพกาย รับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 41.3) และรับรู้สุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากันอยู่ในระดับเท่ากัน (ร้อยละ 47.3) เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (ร้อยละ 71.7) ชนิด ischemic stroke (ร้อยละ 48.1) โรคร่วมที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 85.3) ไชมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52.2) และเบาหวาน (ร้อยละ 33.7) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในปัจจุบันคือ ความจำบกพร่อง (ร้อยละ 34.2) ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติเฉียบพลัน (ร้อยละ 53.8) ปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุอันดับแรก คือ การนอนหลับ (ร้อยละ 33.2) 3) สุขภาพจิต มีคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (ร้อยละ 70.1) และสภาพสมองปกติ (ร้อยละ 59.9) 4) สุขภาพสังคม มีสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชนดี (ร้อยละ 52.2, 58.2 ตามลำดับ) ได้รับสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 83.2) และมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 95.7) 5) ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ

รับต้นฉบับ 26 กรกฎาคม 2564, ปรับปรุงต้นฉบับ 16 สิงหาคม 2564, ตอบรับต้นฉบับตีพิมพ์ 20 สิงหาคม 2564

มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ขั้นพื้นฐานทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 35.9)
กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ ด้าน
สุขวิทยาส่วนบุคคล (ร้อยละ 82.1) และมีความ
สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง

ทั้ง 5 กิจกรรม กิจกรรมที่ทำเองได้มากที่สุด คือ
การทอนเงิน/แลกเงินสามารถทำตัวเอง (ร้อยละ
72.9)

คำสำคัญ : ภาพสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรค
หลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็น สาเหตุของการเสียชีวิตและเกิดความพิการจาก ความเสื่อมของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย (atherosclerosis) จากการสำรวจประชากรของ องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization; WSO) ปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน¹ และพิการจาก โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน (ร้อยละ 62.5)² ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองจะพบความพิการได้มากเป็นอันดับหนึ่ง³ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตาม จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุที่มี อายุมากขึ้นก็ยังมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นด้วย⁴ รวมทั้งมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่า คนวัยอื่น ๆ⁵ สำหรับประเทศไทย กองยุทธศาสตร์ และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูล โรคหลอดเลือดสมองย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2560 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559-2560 พบผู้ป่วยใหม่จำนวน 293,463 และ 304,807 คน ตามลำดับ และมีจำนวน ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละประมาณ 30,000 คน⁶

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีจำนวน ประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของ ประเทศรองจากกรุงเทพมหานคร และมีจำนวน มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁷ จากข้อมูล สถิติ 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2562 พบว่า มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นทุกปี โดย พบจำนวนผู้ป่วย 3,938, 6025 และ 6,148 คน ตามลำดับ⁸ และจากสถิติของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอำเภอเมืองมีผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดและมีแนวโน้มการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีจำนวน 2021, 2,304 และ 2,543 คนตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บ ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ และ กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจ เต็มผิดปกติ และภาวะการเผาผลาญในร่างกายน

ผิดปกติ^{8,9} ดังนั้น ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้สูงอายุ และจะมีความรุนแรงตามอายุที่มากขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดเมื่อมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป¹⁰

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ^{11,12} ปัญหาทั้งด้านร่างกายที่พบบ่อยคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวผิดปกติและทำให้ไม่อยากเดิน เสี่ยงต่อการหกล้ม และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองลดลง^{9,12} ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เหงาว่าเหว หมดกำลังใจ กลัวไม่หาย กลัวเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น¹¹ นอกจากนี้อาจพบภาวะสมองเสื่อม และภาวะสับสนเฉียบพลันได้⁹ และปัญหา ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านลดลง ทำให้รู้สึกถูกแยกออกจากสังคมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ และมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจตามมา¹¹ ผลกระทบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกมิติ แต่ปัญหาของแต่ละบุคคลอาจจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมอง ดังนั้นในการดูแลด้านสุขภาพ

ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการศึกษาภาพสุขภาพในทุกมิติ ดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน¹³ ในโรงพยาบาล¹⁴⁻¹⁷ และในชุมชน^{18,19} แต่ยังไม่พบการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเพาะและครอบคลุมประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและซับซ้อน ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาพรวมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิด “ภาพสุขภาพ” หรือ “Health Profile” ซึ่งหมายถึง ภาพร่างของภาวะสุขภาพหรือภาพรวม (overview) ของสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพกาย (physical health) สุขภาพจิต (psychological health) สุขภาพสังคม (social health) และความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional ability)¹³ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายหลักในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ประการ คือ 1) การคงไว้ซึ่งการสุขภาพที่ดี 2) การป้องกันโรคและรักษาโรคอย่างเหมาะสม 3) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาและทุพพลภาพ และ 4) การเอาใจใส่ส่งเสริมกำลังใจขณะเจ็บป่วย²⁰ เพื่อให้เข้าใจภาพสุขภาพที่สำคัญเฉพาะของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมทุกมิติ และต้องได้รับความรู้ใหม่สำหรับใช้เป็นฐานในการจัด

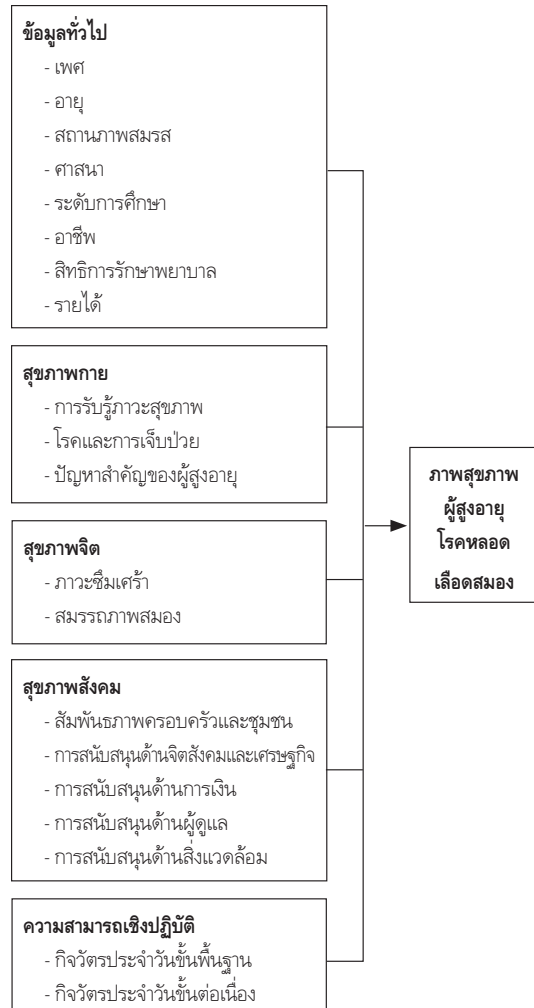
บริการสุขภาพที่ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้มากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้ เพื่อมุ่งให้ได้ข้อมูลที่เป็นภาพร่างหรือภาพรวมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกมิติในมุมกว้างขณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ¹³ ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติ (multi-dimensional assessment) หรือการประเมินผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (comprehensive geriatric assessment; CGA) ที่ครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (demographic data) 2) สุขภาพกาย (physical health) 3) สุขภาพจิต (psychological health and mental health) 4) สุขภาพสังคม (social health) และ 5) ความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional ability) ซึ่งการศึกษาคั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามเฉพาะสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน มกราคม 2564

ประชากร เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการสุขภาพทั้งแผนกผู้ป่วยนอก

และแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลต่างๆ ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,543 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร²¹ ได้จำนวน 184 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 442 คน และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง รวมทั้งหมด 42 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2,101 คน แล้วแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 17.38) และโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 152 คน (ร้อยละ 82.62) จากนั้นสุ่มตัวอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ ได้ชื่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 5 แห่ง ได้แก่ 1) รพ.สต. หลักร้อย จำนวน 30 คน 2) รพ.สต. โนนฝรั่ง จำนวน 30 คน 3) รพ.สต. หมาย จำนวน 31 คน 4) รพ.สต. ระกาย จำนวน 31 คน และ 5) รพ.สต. โพนสูง จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ด้วยภาษาไทย และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) ได้แก่ 1) มีอาการเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ และ 2) ไม่สมัครใจให้ข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินมาตรฐาน แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล และรายได้ ส่วนที่ 2 ด้านสุขภาพกาย เป็นแบบสัมภาษณ์จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย และปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 ด้านสุขภาพจิต เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS) จำนวน 30 ข้อ พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ^{22,23} และแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ^{24,25} เป็นการทดสอบ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (orientation) ความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (language) และความระลึกได้ (recall) ส่วนที่ 4 ด้านสุขภาพสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านผู้ดูแล และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 5 ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแเอล (Barthel Activities

of Daily Living; ADL) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข²⁶ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทย์ส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขับถ่าย อุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง (Chula Activities of Daily Living; Index; IADL) พัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ²⁷ โดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 5 ข้อ ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเตรียมอาหาร/หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า/ซักเสื้อผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์สาธารณะ/รถสองแถว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพกาย และแบบสัมภาษณ์ด้านสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายแล้ว หลังจากปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะแล้ว นำเครื่องมือทั้งหมดไป

ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการสุขภาพใน รพ.สต. ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพกาย แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์ด้านสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง มีค่าเท่ากับ 0.68, 0.67, 0.63, 0.90, 0.68, 0.95, และ 0.68 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ทราบถึงวิธีการใช้เครื่องมือวิจัย และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หลังจากโครงสร้างการวิจัยได้รับอนุมัติจรรยาบรรณการวิจัย และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยนอกและห้องตรวจโรคที่นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาและหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอยู่รักษา พร้อมทั้งให้เซ็นชื่อในใบยินยอม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง

018/2020 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย การแจ้งสิทธิในการถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพสังคม และความสามารถเชิงปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.4 ($\chi^2 = 67.85$, $SD = 7.62$) สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.7 สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.4 รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง < 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.0 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.6

2. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ด้านสุขภาพกาย

การประเมินสภาพร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ร้อยละ 52.7 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 13.2 และมีชีพจรสม่ำเสมอ ร้อยละ 99.2

- การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.3 การรับรู้สุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากันอยู่ในระดับเท่ากัน ร้อยละ 47.3 และไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์/เครื่องมือช่วยเหลือที่ใช้ (เช่น ฟันปลอม ไม่เท่า อุปกรณ์ช่วยเดิน รถนั่งเข็น เครื่องช่วยฟัง แว่นตา อื่น ๆ) ร้อยละ 57.1

- โรคและการเจ็บป่วย (ภายใน 6 เดือน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทเรื้อรัง ร้อยละ 71.7 ชนิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดและใกล้เคียงกันคือ ischemic stroke ร้อยละ 48.1 และ hemorrhagic stroke ร้อยละ 47.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 97.7 อาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในครั้งแรกคือ พูดไม่ชัด/พูดไม่ได้ ร้อยละ 70.1 แขน/ขาอ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 37.5 และปากเบี้ยว ร้อยละ 34.8 ตามลำดับ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตรวจพบในปัจจุบัน พบว่า พูดลำบาก ร้อยละ 58.1 อ่อนแรงซีกซ้าย และพูดไม่ชัด ลื่นแข็ง มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 28.8 และอ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ 25.0 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในปัจจุบัน คือ ความจำบกพร่อง ร้อยละ 34.2 มารับการตรวจตามแพทย์นัดต่อเนื่องทุกครั้ง ร้อยละ 96.7 รับประทานยาตามแพทย์สั่งต่อเนื่อง ร้อยละ 95.1 ส่วนโรคและการเจ็บป่วยที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ

ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.2 เบาหวาน ร้อยละ 33.7 ตามลำดับ ประวัติการเจ็บป่วย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/รพ.สต. ร้อยละ 55.4 ไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 89.1 ไม่มีการใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์ใช้รักษา ร้อยละ 94.6 ไม่มีการแพ้ ร้อยละ 90.2 และใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติเฉียบพลัน ร้อยละ 53.8

- ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาที่สำคัญ 3 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ร้อยละ 33.2 รองลงมาคือ ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ร้อยละ 31.0 ปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 28.8 ตามลำดับ

2.2 ด้านสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 70.7 สำหรับภาวะซึมเศร้ารายข้อ คือ การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดี ร้อยละ 84.2 รองลงมาคือ พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ ร้อยละ 82.6 และรู้สึกอารมณ์ดี ร้อยละ 81.0 ตามลำดับ ส่วนสภาพสมองของไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพสมองปกติ ร้อยละ 59.9 และสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 40.9

2.3 ด้านสุขภาพสังคม

- สัมพันธภาพครอบครัวและชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่สมรส มีสัมพันธภาพครอบครัวระดับดี ร้อยละ 52.2 กลุ่มตัวอย่างหรือญาติ/ผู้ดูแลได้พูดคุยปรึกษาหารือเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลกับแพทย์/เจ้าหน้าที่ชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 50.0 สัมพันธภาพกับแพทย์/เจ้าหน้าที่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 สัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.2

- แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจากคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 83.2 สามารถจ่าย/จัดการกับค่ารักษาพยาบาลของตนได้ ร้อยละ 84.8 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับการดูแลตัวเองระยะยาว ร้อยละ 73.9 และไม่มีความกังวลใจเรื่องการเงิน ร้อยละ 77.2

- การสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ไว้วางใจ ร้อยละ 81.5 มีบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อต้องการ ร้อยละ 80.4 มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ ร้อยละ 77.7 เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลมาเยี่ยมเยียนบ่อย ร้อยละ 8.8 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 51.1 การทำกิจกรรมทางศาสนา โดยหนึ่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังธรรม ร้อยละ 44.6

- การสนับสนุนด้านผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 95.7 ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย คือ คู่สมรสและบุตร ร้อยละ 82.6 ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการชักชวน/ขอความร่วมมือจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแล ร้อยละ 49.5 ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการชักชวน/ขอความร่วมมือจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมดูแล ร้อยละ 49.5 สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับญาติ/ผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.3

- การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ร้อยละ 72.8

2.4 ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

โดยภาพรวม 10 กิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 30.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานรายข้อมากที่สุดตามลำดับ คือ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้ ร้อยละ 82.1 การอาบน้ำเช็ดตัว สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน ร้อยละ 76.1 การขับถ่ายอุจจาระสามารถกลั้นได้ และ/หรือต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง ร้อยละ 75.0 การขับถ่ายปัสสาวะสามารถกลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอยในกรณีที่ไม่สามารถกลั้นได้ ร้อยละ 71.7 การรับประทานอาหาร สามารถช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้ ร้อยละ 69.4 การสวมใส่เสื้อผ้า ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน ร้อยละ 59.8 การใช้ห้องสุขา สามารถเข้า-ออกห้องสุขา หรือการสวด-ดั่งกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย ร้อยละ 57.1 การเคลื่อนย้ายสามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถถือค้ำเก้าอี้เข็นได้ ร้อยละ 53.0 การขึ้นลงบันได สามารถขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) ร้อยละ 52.7 และการเดิน สามารถเดินได้เองโดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการ 5 กิจกรรมตามลำดับ ดังนี้

การทอนเงิน/แลกเงิน สามารถทำได้เอง ร้อยละ 72.9 การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน สามารถเดินได้เอง รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker ร้อยละ 63.5 การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า ร้อยละ 63.5 การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า ร้อยละ 63.5 การเตรียมอาหาร/หุงข้าว สามารถทำเองได้ ร้อยละ 49.7 และการใช้บริการรถเมล์สาธารณะ/รถสองแถว สามารถทำได้ แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย ร้อยละ 37.6

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 67.85 ปี สถานภาพการสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในสิริกิติ์ภาคของประเทศไทย¹³ ที่สะท้อนภาพข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกันทั่วประเทศ และการศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 65.75 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา¹² แต่แตกต่างจากการสำรวจความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ที่พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁸ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย และส่งผลถึงการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹² อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ทั้งของตนเองและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร

ไม่มีความกังวลใจเรื่องการเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และสามารถจ่าย/จัดการกับค่ารักษาพยาบาลของตนได้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี รายได้ของบุคคลจึงเป็นตัวกำหนดที่บ่งบอกถึงการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่²⁸

2. ภาพรวมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 สุขภาพกาย

- การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี และจากการประเมินสภาพร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีชีพจรสม่ำเสมอ และไม่ได้มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องมือช่วยเหลือ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น จึงยังคงมีกำลังสำรองที่ไม่ลดลงมาก¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับภูมิภาคและระดับประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นรับรู้สุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย¹³ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ เมื่อบุคคลรับรู้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพโดยรวมดี¹⁷ ส่วนการรับรู้สุขภาพของตนเองเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากันอยู่ในระดับเท่ากัน การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับเท่ากันเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาบางเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเองดีกว่าคนอื่น ในขณะที่การศึกษาบางเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุ

ประเมินสุขภาพตนเองดีกว่าคนอื่น อาจเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และลักษณะของโรงพยาบาลที่มีการรับประเภทผู้ป่วยที่แตกต่างกัน¹⁵ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาในเชิงลึกต่อไป

- โรคและการเจ็บป่วย (ภายใน 6 เดือน)

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังชนิดสมองขาดเลือด และมีโรคร่วมที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดในประเทศไทย ร้อยละ 70.0 - 80.0²⁹ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี โดยมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น⁸ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงมีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วย¹² อาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในครั้งแรก คือ พูดไม่ชัด/พูดไม่ได้ แขน/ขาอ่อนแรงซีกซ้ายปากเบี้ยว และอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตรวจพบในปัจจุบัน คือ พูดลำบาก อ่อนแรงซีกซ้าย/ขวา พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ซึ่งเป็นอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปากเบี้ยวมุมปากตกด้านใดด้านหนึ่ง แขน ขา อ่อนแรง พูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่เข้าใจทันทีทันใด

ปวดศีรษะรุนแรงร่วมกับมีระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงตามองไม่ชัดหรือมีตันทันที่ทันใด โดยเฉพาะเป็นข้างเดียว²⁴

- ประวัติการเจ็บป่วยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/รพ.สต. ไม่เคยผ่าตัด ไม่มีการใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์ใช้รักษา และไม่มีภาวะแพ้ และใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติเฉียบพลัน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ ความจำบกพร่อง และปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ การเคลื่อนไหว และการมองเห็น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทและประสาทสัมผัส การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ และการมองเห็นลดลง³⁰

2.2 ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ และจากการประเมินภาวะซึมเศร้ารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีความคิดเห็นในเชิงบวกที่พบบ่อยที่สุด 3 ข้อแรก คือ การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดี พอใจกับชีวิต

ความเป็นอยู่ของตนนี้ และรู้สึกอารมณ์ดี แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยถึง 1 ใน 3 ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก³¹ และเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 ปีแรกสูงกว่า 1-3 ปี³² และจากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.6³³ อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย ได้แก่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองและขึ้นต่อเนื่องได้มาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยป้องกันและทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีรายได้เพียงพอต่อการรักษาและการใช้ชีวิตของตนเอง³⁴ ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีที่พึ่ง คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด และเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวด้านจิตใจได้ดี³⁵ อีกทั้งผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เมื่อบุคคลมีความทุกข์ไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือจิตใจมักจะใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาเยียวยารักษา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้วิธีนั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังธรรม จึงทำให้มีที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาจึงช่วยกล่อมเกลาจิตใจไม่ให้เกิดฟุ้งซ่านและช่วยลดภาวะซึมเศร้ามลงได้³⁶ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพสมองปกติซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถ

ในการทำหน้าที่ของสมองของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ดี จึงไม่พบปัญหาด้านจิตใจ

2.3 ด้านสุขภาพสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชนในระดับดี เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็สามารถพูดคุยปรึกษาหารือหรือเรื่องการเงินป่วยและการดูแลแพทย์/เจ้าหน้าที่ชุมชนได้ ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร และสามารถจ่าย/จัดการกับค่ารักษาพยาบาลของตนได้ จึงทำให้ไม่มีความกังวลใจเรื่องการเงิน อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุคคลที่ไว้วางใจ มีบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อต้องการ และสามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลมาเยี่ยมเยียนบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ คู่สมรสและบุตร และเกือบครึ่งหนึ่งของญาติ/ผู้ดูแลได้รับการชักชวน/ขอความร่วมมือจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับญาติ/ผู้ดูแลอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ข้อมูลด้านสังคมได้สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างของครอบครัวไทยที่มีการเกื้อกูลกันเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่พบว่า สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีโดยมีครอบครัวทั้งคู่สมรสและบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทางด้านการเงินและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย¹⁵

2.4 ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติได้แก่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน โดยภาพรวม 10 กิจกรรม พบว่า มากกว่า

ครึ่งของผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดและสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก โดยพบข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 ข้อแรก คือ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถใน 5 กิจกรรมมากที่สุด 3 ข้อแรก คือ การทอนเงิน/แลกเงิน การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว จะมีอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจเกิดเป็นอาการเตือนขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง ทำให้สมองไม่ถูกทำลายมาก รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับการตรวจตามแพทย์นัดต่อเนื่องและรับประทานยาตามแพทย์สั่งต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองทั้งหมดและได้มาก และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องได้ทั้ง 5 กิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)³⁷ และในทางกลับกันจากการศึกษาการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง

ต้องการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานอยู่ในระดับการพึ่งพามาก และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงอยู่ในระดับการพึ่งพา³⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิได้ช้มีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52.7 แต่พบว่ามีดัชนีมวลกายในระดับ อ้วน ร้อยละ 17.0 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 13.2 จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันผลกระทบในระยะยาว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากที่สุด จึงควรให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมการนอนอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเองที่ตัวเองได้มากที่สุด คือ การทอนเงิน/แลกเงิน สิ่งเหล่านี้ก็ยังคงต้องให้ความตระหนักและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีความสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล อ.เมือง จ.นครราชสีมาที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นิจศรี ชาญณรงค์. “สู้เร็วสู้รอด! หลอดเลือดสมอง” ครอบแวมป์สาเหตุผู้สูงอายุพิการ-เสียชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20381>
2. ญัฐฉัตรณ พันธ์มุง, อลิสรดา อยู่เลิศลพ, อามีนะห์ เจปะปอ. ประเด็นสารวรรณรงค์ วันอัมพาทโลกปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%81_%E0%B8%9B%E0%B8%B5_2561.pdf
3. Teh WL, Abdin E, Vaingankar JA, Seow E, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Mar 28 [cited 2018 Dec 16];8(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- pmc/articles/PMC5875611/
4. Yu R, Chau PH, McGhee SM, Chau J, Lee CH, Chan CMY, et al. Trends of Disease Burden Consequent to Stroke in Older Persons in Hong Kong: Implications of Population Ageing [Internet]. The Hong Kong Jockey Club; 2012 [cited 2019 Mar 15]. Available from: <http://hub.hku.hk/handle/10722/161124>
 5. Saposnik G, Cote R, Phillips S, Gubitz G, Bayer N, Minuk J, et al. Stroke outcome in those over 80: a multicenter cohort study across Canada. *Stroke* 2008; 39: 2310-7.
 6. สรภัส เพชรอรุณ. ประสิทธิภาพการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้าน สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 7: 256-79. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/252516/171512>
 7. ระบบสถิติทางการลงทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรและบ้าน. 2559. เข้าถึงได้จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
 8. Suwanwela, N. Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke* [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 9]; 16: 1-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24741559/>
 9. มัญชุมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ. *J Thai Stroke Soc*, [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 18(1): 59-74. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/187480/131726>
 10. Kelly-Hayes, M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 9]; 58 (Suppl 2): 5325-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006180/>
 11. นงนุช เพ็ชรรวง, ปณิตดา ปรียทฤณ, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์ สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 14: 25-34. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/8715/7449>
 12. สุภาภรณ์ นากลาง และมณฑล ทองนิตย์. ภาวะ สุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 10: 62-9. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/68923>
 13. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีชัยรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธิพันธ์ สุบินดี, อัมพร พรรณ ธีราบุตร, ปัทมา สุจิต, และคณะ.

- ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 35: 62-9. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/5385-%E0%B9%84%E0%B8%9F%E0%B8%A5%E0%B9%8C%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1-10185-1-10-20130130%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/5385-%E0%B9%84%E0%B8%9F%E0%B8%A5%E0%B9%8C%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1-10185-1-10-20130130%20(3).pdf)
14. Ebrahim S, Barer D, Nouri AF. Use of the Nottingham health profile with patients after a stroke. *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet]. 1986 [cited 2021 Aug 9]; 40: 166-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1052513/>
 15. ตาสวรรค์ บุญมณี, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 36: 77-87. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/16281>
 16. มยุรี ลีทองอิน, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, ลัดดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 34: 193-201.
 17. ผ่องพรรณ อรุณแสง, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, มยุรี ทองอิน, นัดดา คำนิยม, และคณะ. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 40: 74-84. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/108091>
 18. เพ็ญ หลี, วรณภา ศรีชัยรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนหนาแน่นเหมือน เมืองหนานหนิง มลชลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; 30: 71-8. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/1402-Article%20Text-2519-1-10-20120509%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/1402-Article%20Text-2519-1-10-20120509%20(1).pdf)
 19. ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. สิริตภัทร สุขฉวี. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพหุผลพลงในชุมชนจังหวัดนครนายก. *Journal of Medicine and Health Sciences* [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; 22: 48-60. เข้าถึงได้จาก: ejournals.swuac.th/index.php/MHS/article/download/5553/5197
 20. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548

21. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550.
22. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช ปีที่ 46, ฉบับที่ 1, มกราคม 2537, หน้า 1-9
23. กรมสุขภาพจิต. รายละเอียดงานวิจัยเรื่อง:แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; 21:94-109. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=884>
24. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536; 45:359-74.
25. อวรรณ์ คุหา, จิตนภา วาณิชวโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธและนนทศักดิ์ ธรรมานวัตร. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต] 2551. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]
26. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 3). [อินเทอร์เน็ต] 2556. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]: เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/file:///C:/Users/HP%20B&O/Documents/คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง.pdf>
27. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ : ปัญหาของผู้สูงอายุ. 2537. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก http://clmjourn.org/_fileupload/journal/152-1-2.pdf
28. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; 21:94-109. เข้าถึงได้จาก: http://ar.or.th/ImageData/Magazine/10042/DL_10256.pdf?t=636136021411428134
29. สมชาย ไทวณะบุตร, สุชาติ ชาญพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เต็มกลิ่นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส, และจิตาภา ตรียเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). การแพทย์ไทย 2554-2557. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf
30. วิไลวรรณ ทองเจริญ. กายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ. บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: 2554. หน้า 55-70.

31. Carota A, Bogousslavsky J. Mood disorders after stroke. *Front Neurol Neurosci* [Internet]. 2012. [cited 2021 Aug 20];30:70-74. Available from: <https://doi.org/10.1159/000333413>
32. Johan L, Ahmad D, Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 20];6:539-49. Available from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=7496>
33. ช่อผกา สุทธิพงศ์, ศิริอร สินธุ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *Nurs Sci* [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564];30(1):29-39. เข้าถึงได้จาก: https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol30/issue1/Chophaka.pdf
34. มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, ปทุมวดี พัฒนเรืองกุล. ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุและการจัดการ. *วารสารพยาบาล* [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564];70:55-61. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/245597-Article%20Text-898163-1-10-20210622.pdf>
35. สาวิตรี สิงหาค. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
36. ณัฐหทัย นริศติศัย. พุทธธรรมกับการบำบัดโรคซึมเศร้า. *Journal of Yanasangvorn Research Institute* [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; 10(2): 303-17. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20(1).pdf)
37. Pei, L, Zang X-Y, Wang, Y, Chai, Q-W, Wang, J-Y, Sun, C-Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences* [Internet]. 2016. [cited 2021 Aug 20];3:29-34. Available from: file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/Factors_associated_with_activities_of_daily_living.pdf
38. ธาณิชร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาลและทศพร คำศิริ. การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร ฉบับพิเศษ* [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564];42:107-117. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57306/47519>