

การพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง

The care model of self-management for preventing vascular dementia of
post stroke older adult

(Received: October 30,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 18,2022)

รติอร พรกุนา¹
Ratiorn Pornkuna¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและประสิทธิผลของรูปแบบ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือน มีนาคม 2563 – เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 2) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและร่างกาย Rehabilitation (RB Program) คลินิกผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะระยะที่ 1 ก่อนจำหน่าย- 12 สัปดาห์ พบว่า รูปแบบแบบการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายภาวะสุขภาพ 2) การประเมินความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุม 3) การใช้คู่มือติดตามเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือดสมองและโรคร่วม 4) การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับติดตามเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ ระยะที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12 -36 พบว่า รูปแบบป้องกันการเกิดสมองเสื่อม คือ หลังการจัดการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงได้เข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilitation (RB Program) ที่คลินิกผู้สูงอายุ 1 ครั้ง/เดือน เป็นจำนวน 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพลดลงในด้านขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง, ไม่ไปตรวจตามนัด, การสูบบุหรี่ ที่ร้อยละ 28.30, 35.00 และ 36.70 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ($p<0.001$) คะแนนเต็มเฉลี่ยปริชาณปัญญาด้าน Abstraction, Orientation และ Memory เพิ่มขึ้น ($p<0.001$) ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ระดับมากที่สุด ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงร่วมกับการใช้รูปแบบกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุได้จากระยะฟื้นฟูสภาพจนถึงระยะยาว

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โรคสมองเสื่อม

ABSTRACTS

This study is a research of development which aimed to develop the care model of self-management for preventing vascular dementia of post stroke older adult at the semi-critical period in the hospital to the long term period from March 2019 to December 2021. The sample groups were 60

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

¹ Registered Nurse Professional Level, Nursing Organization, Khon Kaen Hospital

post stroke older adult specifically selected semi-critical elderly stroke patients in Khon Kaen Hospital. The research was conducted into 3 phases: 1) to study current situations 2) to develop the care model 3) to assess the results of the form of care model. The tools used for collecting data were: 1) Focus group interview questionnaire 2) the assessment of the activity of daily living barthel's index (ADL), 3) the assessment of health risk behavior of comorbidity 4) dementia prevention knowledge, 5) the assessment of cognitive ability, and 6) the assessment of satisfaction. The qualitative data was analyzed by content analysis, comparing the results before and after being developed and using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The forms of care model of self-management which consisted of 2 phases as follow: Phase 1 within 12 weeks; 1) Goal setting 2) Self-assessment 3) Self-monitoring by hand book of disease control 4) Operation to the goal 5) Home visit and telephone visit. Phase 2 after 12 weeks to 36 weeks ;1) Brain training program at the Geriatric clinic once a month for 6 times to develop cognitive and physical health skill in 6 aspects such as attention, memory, language, visuospatial, executive function, orientation, naming, and physical exercise. The results reveal after developing were better than the ones before on health risk behavior. The average score of ADL, cognitive skill such as Abstraction, Orientation, Memory and knowledge were statistically significant at $p < 0.001$. The satisfaction score was very high level.

Keywords: Care model, Self-management, Vascular dementia

บทนำ

แนวโน้มประชากรสูงอายุมีโรคเรื้อรังรวมที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง¹ โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (major neurocognitive disorder due to vascular disease) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) หรือโรคของ white matter (white matter disease) เป็นต้น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากปัญหาการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคร่วมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสถานะของโรค, มีการเลิกใช้ยาด้วยตนเองมากกว่า 3 เดือน, การไม่ไปตรวจตามนัด และการไม่ออกกำลังกายและดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป^{2,3,4} ซึ่งโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อปรีชาญาณ (cognition)

หรือความสามารถของสมองและการเรียนรู้ทางสังคมเชิงปรีชาญาณปัญญา (social cognition) จนทำให้มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และแม้จะรอดชีวิตก็กลายเป็นภาระการดูแลในครอบครัวมากขึ้น กระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอุบัติการณ์ที่แสดงให้เห็นด้วยว่าผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีอาการสมองเสื่อมตามมาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 เดือนไปจนถึง 9 ปี ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรือตัน^{5,6} โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องความสามารถของสมอง (Cognitive Impairment) ตามหลังโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก^{7,8} จากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง จนสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้เลย ไม่สามารถจำแมคนใกล้ชิดได้ หรือต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำบ่อยครั้งในโรงพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล⁹⁻¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายใจ^{11,12} เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล (burden) และทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายใจแก่ผู้ดูแล นำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิดและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น¹³

ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะกลางและระยะยาว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด “การจัดการสุขภาพตนเอง” ของ Kanfer ร่วมกับ “การฟื้นฟูอย่างมีความสุข” ที่ได้ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานใน 4 มิติของการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น คือด้านร่างกาย สมอง จิตใจ และสนับสนุนการ ร่วมกับทฤษฎีทางประสาทวิทยาและการรู้คิดมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) ครั้งนี้เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุในโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุและมีผลกระทบเชิงสังคมในระดับสูง เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – เมษายน 2565 โดย การดำเนินวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาว ในชุมชน โดยการทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 3 ครั้ง 2) การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนี้ กลุ่มวิชาชีพ คือ 1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6 ราย 2) พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ราย และ 3) ประชาชนทั่วไป จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 ราย
2. การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นก่อนจำหน่าย จำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน ใช้แนวทางการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยมีคำถามใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การ

ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร มีรูปแบบส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไรทั้งในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายระยะกลางจนถึงระยะยาว 3) ควรต้องมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจนถึงระยะยาวอย่างไร และ 4) แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ เป็นผู้เป็นหลักในครอบครัว สถานที่พักพื้น สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวและยาที่ใช้ พฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลตนเองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) 7 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย/ความเจ็บป่วย ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย/ที่พึ่งพิง ด้านผู้ดูแล ด้านการเงินด้านการเดินทาง/พาหนะ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ระดับมากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือ ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลตนเองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Try-out) และทดสอบด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนแต่ละแห่งตามลำดับขั้น

2. ประชุมและอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงแนวทางการวิจัย อบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้โปรแกรมและรูปแบบที่จะใช้ในการพัฒนารูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

3. วิเคราะห์สถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สถิติและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและระยะยาว, โรคสมองเสื่อม องค์การต่างๆที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงจัดประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อทำการทบทวนรูปแบบ วิเคราะห์ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ส่งผลต่อการดูแล

3.1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นจำนวน 1 ครั้ง 1)โรงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6 ราย 2)โรงพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ราย และ 3)ประชาชนทั่วไป จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 จากนั้นมีการนัดหมายประชุมอีก 1 ครั้งเพื่อสรุปปัญหาและร่วมกันเสนอรูปแบบ เพื่อนำไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการโรคสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน ทำการศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563

3.3 การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุถึงเตียงที่บ้านที่และญาติของผู้ป่วยสูงอายุถึงเตียงที่บ้านก่อน

จำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 95 ราย ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกึ่งเฉียบพลันที่และญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาช่องว่างของด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งแบบผู้ป่วยในและต่อเนื่องจนถึงชุมชนหลังจำหน่ายระยะกลางและระยะยาว ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย และด้านความพร้อมของญาติและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำผลที่วิเคราะห์สถานการณ์ใน ระยะที่ 1 จากการทำกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคและความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งการ ทบทวนการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองใน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิด สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลผู้ที่ เกี่ยวข้องในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป และ อายุรกรรม เพื่อเสนอร่างรูปแบบ ในประเด็น 1) แนวทางการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ 2) แนวทางการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3) เกณฑ์การส่งปรึกษาพยาบาล ผู้สูงอายุ care manager 4) แนวปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิด สมองเสื่อม 5) แบบบันทึกการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพ 6) เครื่องมือในการคัดกรองที่เกี่ยวข้อง เป็นจำนวน 60 ราย

3. นำเสนอร่างรูปแบบการดูแลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ในด้าน ความตรงต่อวัตถุประสงค์ ความยากง่ายในการใช้งาน ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่ บ้านและทางโทรศัพท์ รวมถึงการแก้ไขปรับปรุงแบบ การจัดการสุขภาพตนเองและคู่มือโปรแกรมฟื้นฟู สมองให้มีความใกล้เคียงกับระดับการศึกษาและ บริบทสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน หอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 60 ราย ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการทำ สนทนากลุ่ม พบว่าเห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาและ เสนอให้มีการเตรียมความรู้และฝึกฝนการจัดการ สุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และญาติอย่างน้อย 2 วันก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะ พร้อมในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 ระยะศึกษาผลลัพธ์ ระเบียบวิธีการ วิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi-Experimental One group Pretest- Posttest Design) โดยมี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาลจนถึงสัปดาห์ที่ 12 ดังนี้ 1) พฤติกรรม เสี่ยงด้านสุขภาพ 2) คะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานพื้นฐาน (ADL: The Activity of daily living Barthel's index) 20 คะแนน



2. ขั้นตอนที่ 2 ระยะคลินิกผู้สูงอายุหลังสัปดาห์ที่ 12 จนถึงสัปดาห์ที่ 36 ดังนี้ 1)เปรียบเทียบคะแนนปริชนปัญญา MoCA (Montreal cognitive assessment) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมหลังสัปดาห์ที่ 12 จนถึงสัปดาห์ที่ 36 2)เปรียบเทียบผลคะแนนความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์ 3)ความพึงพอใจในรูปแบบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบ แยก ต้น ระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล จำนวน 60 คน โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุ 1)โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ตีบ แยก ต้น 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีระดับการรู้สติดีและสามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คู่มือการดูแลสุขภาพและแบบจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แผนการสอนของผู้ช่วยวิจัยผู้ให้ความรู้และฝึกสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้คู่มือกิจกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมแบบ Rehabilaitment (RB Program) ที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 โปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมแบบ Rehabilaitment (RB Program) ใช้ในรายบุคคล ประกอบด้วย 1)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านและภาษา, 2)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านความจำ 3)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านการบอกชื่อสิ่งของ 4)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้าน

มิติสัมพันธ์ 5)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านความใส่ใจ 6) กิจกรรมด้านการบริหารสมอง นันทนาการ และออกกำลังกาย หลังสัปดาห์ที่ 12 -36

ส่วนที่ 4 แผนการบันทึกความต่อเนื่องของผู้สูงอายุในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและทำกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อเนื่องที่บ้าน

ส่วนที่ 5 แผนการติดตามเยี่ยมที่บ้านเดือนที่ 3,6 หลังจำหน่าย และเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 1 เดือน ในระยะหลัง 12 สัปดาห์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ เป็นผู้เป็นหลักในครอบครัว สถานที่พักพื้น สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวและยาที่ใช้ พฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อคำถาม ผู้ศึกษาวิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ช่วงคะแนนแบบวัด ความรู้ 0 - 10 คะแนน แบ่งระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 3 ระดับ แบบอันตรายมากขึ้น ระดับต่ำ ปานกลาง ดี

ชุดที่ 3 แบบประเมินคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(ADL: The Activity of daily living Barthel's index) มี 10 ข้อ มีค่าคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปริชนปัญญา MoCA (Montreal cognitive assessment) มีค่าคะแนนเต็ม

30 คะแนน คะแนน < 25 มีภาวะ Cognitive impairment

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) ของคู่มือโปรแกรมกิจกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) ทำการทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 10 รายที่ทำการศึกษาไว้ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และทดสอบด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมให้การดูแลตั้งแต่ 2 วันก่อนจำหน่ายและติดตามผลลัพธ์การจัดการสุขภาพตนเองหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 12 2) หลังสัปดาห์ที่ 12 ประเมินคะแนนปริชาณปัญญาและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานก่อนเข้าโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) จำนวน 1 ครั้ง/เดือน เป็นจำนวน 6 ครั้ง และปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วประเมินผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ขั้นหลังการทดลอง โดยประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบได้แก่ 1) คะแนนปริชาณปัญญา 2) ความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์ 3) ความพึงพอใจในรูปแบบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้ในข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน

ใน พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คะแนนปริชาณปัญญา ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจ ความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และคะแนนปริชาณปัญญา หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงข้อมูล และปกปิดข้อมูลส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.38 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.62 รองลงมา 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.50 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือหม้าย คิดเป็นร้อยละ 34.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.88 ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.46 มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 และ 36.6 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 70 มีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสถานะของโรค, ร้อยละ 60 มีการเลิกใช้ยาด้วยตนเองมากกว่า 3 เดือน, ร้อยละ 50 การไม่ไปตรวจตามนัด และร้อยละ 40 การไม่ออกกำลังกายและดื่มสุรา โดย มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไปที่ร้อยละ 31.14, มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรคที่ร้อยละ 27.4 และ ร้อยละ 20 มีโรคประจำตัวร่วมจำนวน 1 โรค

2. สถานการณ์ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลและในระยะกลางถึงระยะยาวในชุมชน พบว่า 1) สถานบริการสุขภาพมีความพร้อมในด้านบุคลากรระดับน้อย เนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลังด้านพยาบาลและนักกายภาพบำบัด



และองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟู ส่วนการจัดระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนทั้งในระยะกลางและระยะยาว 2) กลุ่มวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น ในบริการสุขภาพปฐมภูมิและบุคคลทั่วไป มีการรับรู้สถานการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่สูงขึ้นและเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยมีความต้องการให้มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่การเจ็บป่วยในโรงพยาบาลจนไปถึงการดูแลในชุมชนทั้งที่บ้าน หรือจะจัดรูปแบบให้เป็น Day care หรือ Day center จะเป็นคลินิกผู้สูงอายุ หรือสถานที่สำหรับผู้สูงอายุให้มาทำกิจกรรมทางสุขภาพและสังคมในการป้องกันและฟื้นฟูโรคสมองเสื่อม ในด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งเฉียบพลันและญาติของผู้ป่วยสูงอายุทั้งเฉียบพลัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุทั้ง

เฉียบพลันและญาติในการดูแลมากที่สุดในด้านที่อยู่อาศัยและด้านผู้ดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 49.9 และ 40.1 ตามลำดับ มีความพร้อมด้านการเงินระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจอยู่ที่ระดับปานกลางและน้อยที่ร้อยละ 40 และ 41 ตามลำดับ

3. รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกฝนการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพและจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้านและติดตามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการส่งต่อการดูแลในชุมชน ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่กับการปฏิบัติแบบเดิม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย ที่พัฒนาขึ้น

การปฏิบัติโดยวิธีเดิม (แบบปกติ)	การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ในโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและไม่มีแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น	1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 6 ศัลยกรรมอุบัติเหตุทั่วไป 3 หน่วยงานได้รับการอบรมให้ความรู้ในโรคสมองเสื่อมและแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำและเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเบื้องต้นตั้งแต่แรกเริ่ม
1) ไม่มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มและทุกระยะ	1) มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลที่ประเมินคัดกรองโดยพยาบาลเฉพาะทางสูงอายุ
1) ไม่มีแนวทางในการส่งปรึกษาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ	1) มีแนวทางในการส่งปรึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการเฉพาะ
2) ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย 3) ไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อมในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล	2) มีแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจนจำหน่ายกลับบ้าน 3) มีรูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำและกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1) Goal setting การให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายการเจ็บป่วย ขั้นตอนที่ 2) Self-assessment การให้ผู้ป่วยประเมินค้นหาปัญหาของตนเองและหา

	แนวทางเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมและควบคุมโรค ก่อนจำหน่ายอย่างน้อย 2 วัน) มีแนวทางการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องกับภาคีเครือข่าย
1) ไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม หลังจำหน่ายในระยะกลาง	1) ขั้นตอนที่ 3) Self-monitoring การใช้คู่มือการดูแลสุขภาพและการติดตามเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค ขั้นตอนที่ 4) ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด โดยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนจากทีมผู้วิจัยโดยการเยี่ยมบ้านใน 12 สัปดาห์แรก
1) ไม่มีรูปแบบป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายระยะกลางถึงระยะยาว	1) มีรูปแบบกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมให้ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุหลังจำหน่ายต่อเนื่องจากระยะกลางถึงระยะยาว 36 สัปดาห์ และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชน ในเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น โดยในช่วงแรกของการศึกษาวิจัยยังไม่มีแผนในการเยี่ยมทางโทรศัพท์มีเพียงการเยี่ยมบ้านเท่านั้น แต่เมื่อทำการศึกษาวิจัยแล้วพบปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในหลายประการ จึงได้มีการปรับแผนการเยี่ยมบ้านและการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีการปรับรูปแบบทั้งหมด 4 ครั้ง เมื่อผู้วิจัยได้มีการประเมินผลการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าแผนในการเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ได้ผลเป็นอย่างดีมาก จึงคงการเยี่ยมที่บ้านไว้ที่เดือนที่ 1,3,9 จะใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านไม่เกิน 2

ชั่วโมง เยี่ยมทางโทรศัพท์หลังสัปดาห์ที่ 12 ทุก 1 เดือน ใช้เวลาเยี่ยมทางโทรศัพท์ไม่เกินครั้งละ 30 นาที

4. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว

4.1 หลังเข้าโปรแกรมในระยะหลังจำหน่ายถึง 12 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพลดลงทั้ง 6 ด้าน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ลดลงมากที่สุดในด้านรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง, ไม่ไปตรวจตามนัด, และการสูบบุหรี่ โดยลดลงเหลือที่ร้อยละ 28,35 และ 36 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดการพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรายด้าน (N=60)

การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง n = 60			
	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม 12 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	43	71.70	17	28.30
2.รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค	46	76.70	27	45.00
3.ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	37	61.70	23	38.30
4.ไม่ไปตรวจตามนัด	34	56.70	21	35.00
5.การดื่มสุรา	32	53.30	24	40.00
6.การสูบบุหรี่	25	41.70	22	36.70

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น



พื้นฐาน มากกว่าก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดัง
รายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	n	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	60	12.13	0.18	7.03	42.72	6.70-7.36	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์	60	19.17	0.13				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานกลุ่ม
ตัวอย่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	60	12.13	0.18	42.72	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์	60	19.17	0.13		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการ
สุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อ
ป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด
สมองในคลินิกผู้สูงอายุ หลังจำหน่ายระยะยาว

5.1 คะแนนปริชาณปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย

คะแนนปริชาณปัญญาเต็มเพิ่มขึ้นมากที่สุดใน 3
ด้าน คือ Memory, Naming, Abstraction,
Orientation โดยมีการเพิ่มขึ้นของ Memory มาก
ที่สุดที่ร้อยละ 88 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนปริชาณปัญญา 7 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ในสัปดาห์ที่ 12-36 (n=60)

ปริชาณปัญญา 7 ด้าน	คะแนน เต็ม	กลุ่มตัวอย่าง (n = 60)					
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
		จำนวน	ร้อยละ	Min,Max	จำนวน	ร้อยละ	Min,Max
Visuospatial/ Executive Function	5	0	0.00	1,3	2	3.00	2,5
Naming	3	52	89.70	2,3	60	100.00	1,3
Memory	5	0	0.00	2,4	53	88.00	4,5
Attention	6	0	0.00	1,5	0	0.00	1,5
Language	3	0	0.00	1,2	2	3.00	1,3
Abstraction	2	49	81.70	1,2	60	100.00	2,2
Orientation	6	48	80.00	4,6	59	98.00	5,6

5.2 คะแนนปริชาณปัญญาของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ Memory, Naming, Abstraction, Orientation ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนปริชาณปัญญาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม (n=60)

ปริชาณปัญญา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	P-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Memory	0.32	0.87	15.31	<0.001*
Naming	0.36	0.18	4.06	<0.001*
Abstraction	0.19	0.19	3.52	<0.001*
Orientation	0.97	0.99	4.32	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5.3 คะแนนความพึงพอใจลักษณะการบริการในรูปแบบการจัดการสุขภาพตัวเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน

กระบวนการขั้นตอนการให้บริการ ด้านการให้บริการและด้านเครื่องมือ ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจรูปแบบการดูแลก่อนของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ลักษณะการบริการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.90	0.29	มากที่สุด
ด้านการให้บริการ	4.92	0.27	มากที่สุด
ด้านเครื่องมือ โปรแกรมคู่มือ	4.92	0.27	มากที่สุด

5.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม (n=60)

ความรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	60	4.53	0.15	22.63	<0.001*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 36 สัปดาห์	60	8.72	0.12		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ เนื่องจากการวิจัยพัฒนา รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองนี้ ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมนั้นมียุทธศาสตร์ทั้งในระยะการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมักจะมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยมากกว่า 1 ชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่หากมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคร่วมได้ ร่วมกับมีภาวะความคิดความจำบกพร่อง (cognitive impairment) ในระยะการฟื้นฟูสภาพด้วยแล้วยังมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายในระยะเวลาต่อมาได้^{14,15} โรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพควรตระหนักในการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงนี้ตั้งแต่ในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เสี่ยงควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมที่จะตามมาได้ในระยะยาว ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองตั้งแต่ในระยะผู้ป่วยในต่อเนื่อง จนถึงระยะยาวทั้งที่บ้านและในคลินิกผู้สูงอายุ¹⁶ ที่ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปใช้ โดยขึ้นอยู่กับบริบทความพร้อมของผู้สูงอายุ สังคมวัฒนธรรม และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจสามารถช่วยชะลอจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมลงได้

2. ผลลัพธ์ด้านความรู้ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, $p < 0.001$) ซึ่งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนผลการศึกษานี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระดับต้น (young old) ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองค่อนข้างสูง รวมทั้งมีความสนใจในการเรียนรู้ด้านสุขภาพมาก จะเห็นได้

จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการหยุดหรือออกจากการศึกษาวิจัยน้อยมาก นอกจากนั้นปัจจัยอื่นที่ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยในครั้งนี้คือครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่มีความพร้อมและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคสมองเสื่อมได้อย่างดีและต่อเนื่อง ดังจะเห็นจากการวิจัยครั้งนี้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบาร์โลว์ เจและคณะ¹⁷ ที่ศึกษาพบว่าการจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเพิ่มความรู้ การจัดการพฤติกรรมและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพปัจจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิตาสตรและคณะ¹⁸ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับดีเนื่องจากมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและมีความสุขในชีวิตและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของธวัชและคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีจากการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี

3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ครั้ง/เดือน หลังสัปดาห์ที่ 24 ถึง 36 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ Cognitive impairment มีคะแนนปริมาตรปัญญาเพิ่มสูงขึ้นทั้งใน Abstraction, Naming, Orientation โดยเฉพาะในด้านความจำหรือ Memory สอดคล้องกับผลการศึกษาของฮาสดิงและเวสต์²⁰ ที่ศึกษาโปรแกรมการฝึกความจำในผู้สูงอายุโดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองและการทำงานเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะแห่งตนด้านความจำของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาดาฮิโกะและคณะ ที่มีการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยจะเน้นที่การฝึกฝนสมองอย่างเฉพาะเจาะจงใน

Domainของการรู้คิดและสติปัญญาที่มีปัญหาควบคู่กับการทำกิจกรรมนันทนาการ รวมถึงการพัฒนาทักษะด้านความรู้ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าศักยภาพของร่างกายและสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน และติดตามผล 12 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²¹ นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บอล เค และคณะ ในการศึกษาการเพิ่มกิจกรรมการรู้คิดที่ซับซ้อนสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมกลุ่มที่

เน้นเรื่องความตั้งใจ ความจำ การใช้เหตุผล มีผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดเชิงบริหารดีขึ้น และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น²²

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในรูปแบบผู้ป่วยนอก

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011
- 2.CorradaM.M. Corrada, K.M. Hayden, A. PaganiniHill, S.S. Bullain, J. DeMoss, C. Aguirre, et al.Age of onset of hypertension and risk of dementia in the oldest-old: The 90+ studyAlzheimer's & Dementia, 13 (2) (2017), pp. 103-110
- 3.C Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. PLoS One 2014; 9: e102149.
- 4.Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37–43.
5. Henon H, Durieu I, Guerouaou D, Lebert F, Pasquier F, Leys D. Poststroke dementia. incidence and relationship to prestroke cognitive decline. Neurology. 2009;57:1216-22.
- 6.Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures [Internet]. Alzheimer's & Dementia. 2010; 6.[cited 2016 May 5].
7. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2011;7(3):270-9.
8. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study [Internet]. Lancet . 2005; 366(9503), 2112-17. [cited 2016 Jan 21]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- 9.Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Front Neurol. 2012; 3: 73.
- 10.Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY. Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. J Formos Med Assoc. 2006; 105(7): 556-562.
- 11.Mukherjee A, Biswas A, Roy A, Biswas S, Gangopadhyay G, Das SK. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2017; 7(3): 354-365



- 12.D’Onofrio G, Sancarolo D, Panza F, et al. Neuropsychiatric symptoms and functional status in Alzheimer’s disease and vascular dementia patients. *Curr Alzheimer Res.* 2012; 9(6): 759-771.
- 13.Fernandez Martinez M, Castro Flores J, Perez de las Heras S, Mandaluniz Lekumberri A, Gordejuela Menocal M, Zarranz Imirizaldu JJ. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in elderly patients with dementia in Mungialde County (Basque Country, Spain). *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008; 25(2): 103-108. Available https://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010
- 14.K.B. Rajan, N.T. Aggarwal, R.S. Wilson, S.A. Everson-Rose, D.A. Evans Association of cognitive functioning, incident stroke, and mortality in older adults *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 45 (9) (2014), pp. 2563-2567.
- 15.Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer’s disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & dementia : the journal of the Alzheimer’s Association.* 2011;7(3):270-9.
- 16.Sachdev PS, Chen X, Brodaty H, Thompson C, Altendorf A, Wen W: The determinants and longitudinal course of post stroke mild cognitive impairment. *J Int Neuropsychol So* 2009;15:915-923
- 17.Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177–187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0.
- 18.Sittisart V, Saunnum S. Health promotion Behaviors of Elderly in the community of Watpax Tumbon, Phitsanuloke province. Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. Phitsanuloke; 2007. Thai.
- 19.Thongwachira C, Thophon S, Kwanyuen R, Niputhuttapong S. Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly in the Bangkok urban area: a case study in Bang Phlat District. *KKUJ.* 2017; 7(3): 1-21. Thai.
- 20.Hastings, E. C., & West, R. L. The relative success of a self-help and a group-based memory training program for older adults. *Psychology and Aging*, 2009;24(3), 586–594. <https://doi.org/10.1037/a0016951>
- 21.Tadahiko Kamegaya, Haruyasu Yamaguchi et al.Effects of a 12 weeks Municipal Dementia Prevention Program on Cognitive/Motor Function among the community-dwelling elderly.*Geriatrics.*2016;1(18).
- 22.Ball K,Berch DB ,Helmerts KF,Jobe JB,Leveck MD ,Marsiske M,et al.Effects of cognitive training interventions with older adults:a randomized controlled trial.*JAMA* 2002;288:2271-81.)