ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POST ACUTE STROKE PATIENTS

Miss Vitchuta Pumchan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
โดย	นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

วิชชุตา พุ่มจันทร์: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POST ACUTE STROKE PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 161 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 ถึง 59 ปี ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 170 คน ที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .84, .94, .71, .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 42.9 มีระดับความซึมเศร้าเล็กน้อย ($\bar{x}$ = 5.37, SD=3.45)

2. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r=-.409, -1.74, -.594, -.475 และ -.075 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา 2556 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

5377637236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: Post acute stroke, Depression, Communication, Coping

VITCHUTA PUMCHAN: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POST ACUTE STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D. CO-ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 161 pp.

The purpose of this study was to examine the relationships among factors related to depression in acute stroke patients including social support, activities daily living, communication and cognitive function. The participants were 170 outpatients with stroke; aged 18-59 years old, who were recruited from stroke clinic at Police General Hospital and Nopparat Rajthanee Hospital using a multistage sampling. Questionnaires were composed of demographic information, Social support, Activities of Daily Living, Communication ability, Cognitive function, Coping strategies and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ 9). All were content validated by four experts. The Cronbach's alpha coefficients were .87, .84, .94, .71, 89 and .90 respectively. Descriptive statistics (e.g., percent, mean and standard deviation), Chi- square and Pearson's product moment correlation were used for statistic analysis.

The major findings were presented as follow.

1. 42.9% of post acute stroke patients had mild depression (x = 5.37, SD=3.45)

2. Social support, Activities of Daily Living, Communication ability, Cognitive function and Coping strategies were significantly negative correlated with depression (r=-.409, -.174-.594, -.475 and -.075, respectively)

Keywords: Post acute stroke, Depression, Communication, Coping

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2013 Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาจาก ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ สาสัตย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการศึกษาครั้งนี้ ท่านได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจอย่างดีมาตลอด ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งใจในความกรุณาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตร์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต ที่ให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติทางการวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำความรู้ที่มีคุณค่ายิ่ง และเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ทำให้นำมาใช้เพื่อประโยชน์สูงสุดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัย จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท และเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่าน เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจ ในการพัฒนาและเรียนรู้ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาที่เป็นแรงผลักดันในเรื่องการศึกษา ขอขอบคุณครอบครัวทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ห่วงใย และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญ ..... ช
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญแผนภูมิ ..... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5
แนวคิดสมมติฐานการวิจัย 7
ขอบเขตของการวิจัย 11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 15
โรคหลอดเลือดสมอง 16
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง 16
ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 16
พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 18
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 19
ระยะภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Post acute stroke) 20
ผลกระทบในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 22
การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง 24
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 28
ภาวะซึมเศร้า (Depression) 39
ความหมายของภาวะซึมเศร้า 39
สาเหตุและแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้า 40
เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า 43

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 45
ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน.. 45
กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 46
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 47
ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 58
การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 59
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายหลังโรคสมองเฉียบพลัน 60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 66
กรอบแนวคิดในการวิจัย 70
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 71
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง 71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 75
การเก็บรวมรวมข้อมูล 85
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 86
การวิเคราะห์ข้อมูล 87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 93
สรุปผลการวิจัย 95
อภิปรายผล 96
ข้อเสนอแนะ 103
รายการอ้างอิง 105
ภาคผนวก 119
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 120
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย 127
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมวิจัยเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 130
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย 136
ข้อมูลการวิเคราะห์ทางสถิติ 151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 161

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	74
2	จำนวน และร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	88
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	89
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลวิธีการเผชิญปัญหา……..	89
5	ค่าสถิติไค-สแควร์ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	90
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ……..	91

สารบัญแผนภูมิภาพ

		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
2	การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	73

บทที่1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาท ที่เป็นอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต จากสถิติพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับสองของโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้น (World Health Organization, 2008) และจากสถิติ (American Heart Association, 2011) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง795,000 รายต่อปี เป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึง 610,000 รายต่อปี สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นลำดับที่สาม รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด และอุบัติเหตุและการได้รับสารพิษ โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้จำนวน 22, 947 คนต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในรายที่รอดชีวิตมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่มาก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) เมื่อติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปพบว่า ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง ร้อยละ 25 ที่ต้องอยู่ในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน นอกจากนี้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะเกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา (American Stroke Association, 2008) นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังมีปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย พบว่า ปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่รอดชีวิต และพบมากที่สุดช่วง 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Santos et al., 2009)

ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 25 - 79 (Shirley et al., 2006; Johnson et al., 2006; Suzanne and Collo, 2007; Huang et al., 2010) จากการศึกษาของ Robinson and Spalletta (2010) พบว่าภาวะซึมเศร้าภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่แผนกผู้ป่วยนอกพบได้ในช่วง 3 เดือนถึง 3ปี พบว่าเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 24 และซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 23.9 และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมรอบข้างมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ เนื่องจากไม่สนใจติดตามผลการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถนะร่างกาย (Robinson and Spalletta, 2010) ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จาก

สถิติค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนถึง 54 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี Alspach (2013)

นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความคิดฆ่าตัวตาย (Santos et al., 2011) จากการศึกษาของ Conwell and Brent (1995 cited by Mcdougall, Blixen and Suen,1997) พบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายมักเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ และภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ยังนำไปสู่อัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 23 (Ellis et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams, Ghose and Swindle (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 13 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 6-26 ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มักจะเป็นในผู้ป่วยที่อายุไม่มาก มีประวัติการดื่มสุรา ความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่วนความคิดฆ่าตัวตายในช่วงหลังจากช่วงการเกิดโรคจะสัมพันธ์กับความพิการสูงและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

ในปัจจุบันเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายประการด้วยกัน โดยสามารถแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้าน neurobiology และปัจจัยด้าน psychosocial (มณฑล ว่องวันดี, 2552)

ปัจจัยด้าน neurobiology ในภาวะปกติสารสื่อประสาทที่อยู่บริเวณก้านสมองจะส่งกระแสประสาทไปยังสมองด้านหน้าบริเวณ frontal cortex การที่เกิดพยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมองในเส้นทางดังกล่าว ทำให้ขัดขวางการส่งกระแสประสาทและการนำ serotonin และ noradrenalin เนื่องจากพบว่า serotonin ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทำงานได้น้อยกว่าเดิม และ serotonin เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ความอยากอาหารและช่วยเสริมสร้างการทำงานของเซลประสาท ทำให้ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความผิดปกติทางอารมณ์จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550: 228)

ปัจจัยด้าน psychosocial ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้ง เพศ สถานภาพสมรส ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยหรือครอบครัว ความรุนแรงของความพิการและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง การมีปัญหาทางด้านการสื่อสาร มีปัญหาทางด้านการรู้คิด การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม มีเหตุการณ์ความเครียดเข้ามาในชีวิต ซึ่งการเกิดปัญหาหรือขาดความสมดุลจากปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (มณฑล ว่องวันดี, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัยได้แก่

เพศ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวของแต่ละบุคคล ทำให้มีผลต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จากรายงานการวิจัย พบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Ostir et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาพันธ์ เจริญสวรรค์ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเพศชายมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิง จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Berg et al., 2002)

สถานภาพสมรส เป็นความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยาในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่สมรสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เป็นโสด (Ostir et al., 2011) อาจเนื่องมาจากมีภาระผูกพันกับคู่สมรสและบุตร ภาระรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหรือเป็นหัวหน้าครอบครัว

รายได้ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจได้โดยตรง จากการศึกษาของ Ramasubbu et al. (1998) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รายได้น้อยบางครั้งก็มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้มากกว่า บางครั้งผู้ป่วยที่รายได้มากกว่าบางครั้งก็อาจมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้น้อย รายได้จึงเป็นตัวแปรที่ยังต้องทำการศึกษาต่อไป

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยให้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางสังคม การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Sit et al., 2007; Arlene et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arlene et al. (2012) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) เป็นกิจกรรมที่คนเราทำหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การรับประทานอาการ การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การยืนและการเดิน เป็นต้น จากการศึกษาของ Paolucci et al. (2005) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน มีควาสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น (Chemerinski et al., 2001; Huang et al., 2010) และพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (Robinson and Spalletta, 2010)

ความสามารถในการสื่อสาร (Communication ability) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาเรื่องสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Waded et al., 1968; Naess et al., 2011) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านการพูด (Naess et al., 2011; Kauhanen et al., 1999)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรู้คิด และความจำภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Goinotti et al., 2001 and Nys et al., 2006) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านการรู้คิด (Robinson and Spalletta, 2010)

กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า (Bardwell, 2001; Chemerinski et al., 2001) และผู้ป่วยที่มีกลวิธีการเผชิญปัญหาไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและยังส่งผลกระทบทำให้การให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายลดลง (Sinyor et al., 1986)

อย่างไรก็ตามสำหรับในประเทศไทยนั้น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองยังพบน้อย โดยพบว่า มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.8 (ภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2545) และพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสมองขาดเลือดซีกซ้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16 เท่าของผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสมองขาดเลือดซีกขวา (มณฑล ว่องวันดี, 2552) งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่อายุ 20-80 ปี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่รับผิดชอบและดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น จะทำ

ให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยจะเกิดความพร่องทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความพร่องทางด้านร่างกาย ความจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพ และอารมณ์แปรปรวณ ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เช่นเดิม หรืออาจถูกให้ออกจากงาน (อำนวยพร ภาษานอก, 2549) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดผลกระทบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าอย่างไร
2. เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่ อย่างไร

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องได้หลายอย่าง และส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลนั้นและบุคคลใกล้ชิดด้วย ปัญหาที่พบ

บ่อยได้แก่ปัญหาการยืนและการเดิน การช่วยเหลือตนเอง การประกอบอาชีพ และการสื่อความหมาย ดังนั้นเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเพิ่มมากขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคม และในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มักจะมีอาการและอาการแสดงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550: 68-70)

ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว

ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมักก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่นข้อต่อยึดติด แผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวดและเป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าหรือดูแลสุขอนามัย

ปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน อาจเกิดจากความบกพร่องด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึกผิดปกติ หรือการทำงานผิดปกติของสมองส่วน Cerebellum หรือระบบ vestibular ทำให้ การนั่ง การยืน หรือเดินไม่ได้แม้ว่ากล้ามเนื้อจะยังคงแข็งแรง มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งแขนและขา

ปัญหาการรับความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการสูญเสียความรู้สึกอาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัว และการประสานการเคลื่อนไหว

ปัญหาการเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่ ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญมาก เพราะเกิดมาจากหลายปัญหาทั้งกล้ามเนื้ออ่อนแรง การควบคุมทรงตัว ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจอวัยวะข้างใดข้างหนึ่ง มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง

ปัญหาการกลืนลำบาก เป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อย โดยเฉพาะหลังการเกิดโรคใหม่ ๆ และเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การสำลักและปอดอักเสบ

ปัญหาด้านการขับถ่าย ที่พบบ่อย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยเฉพาะรอยโรคที่บริเวณ frontal lobe และ bilateral hemisphere นอกจากเกิดจากการเกิดรอยโรคที่สมองแล้ว การมีปัสสาวะเล็ดราดยังอาจเกิดจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้หรือมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ หรือไม่ค่อยรู้สติ ส่วนปัญหาทางด้านการขับถ่ายอุจจาระมักพบอาการท้องผูก

ปัญหาด้านกิจวัตรประจำวัน โรคหลอดเลือดสมองมักทำให้เกิดความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ และระบบการรับรู้ซึ่งรวมทั้งการมองเห็นและการได้ยิน ลักษณะทางคลินิกช่วยบอกให้ทราบตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและพยาธิสภาพในสมองของผู้ป่วยนั้น ๆ

ภาวะซึมเศร้า จากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย แยกตัว ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเอง เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าบางรายอยากตาย

ปัญหาด้านการกำหนดรู้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาการกำหนดรู้ ทำให้มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การขาดสมาธิ หลงลืม มีความบกพร่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น การละเลยส่วนของร่างกายและสภาพแวดล้อม ปัญหาการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

ปัญหาด้านการสื่อความหมาย ปัญหานี้จะมีผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิต ซึ่งปัญหานี้อาจเกิดจากปัญหาการพูดไม่ชัดหรือมีปัญหาด้านการใช้ภาษา

ปัญหาด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีความวิตกกังวล ซึ่งอาจพบได้ในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และกังวลเรื่องรักษา ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ ต้องการให้ช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่สามารถทำได้ และผู้ป่วยบางรายอาจมีอารมณ์แปรปรวน พฤติกรรมต่อต้าน จะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมรับประทานยา หรือไม่ยอมให้ฉีดยา และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ บางรายมีพฤติกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลง เช่น เพิ่มขึ้นหรือลดลง

ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวต่างก็ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้นการดูแลรักษาฟื้นฟูจึงต้องมีการให้คำปรึกษาด้านนี้ร่วมด้วยเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งงานวิจัยและเอกสารทางการศึกษาที่เกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแนวคิดและสมมุติฐาน ดังนี้

แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างของสรีระร่างกายของแต่ละบุคคล บ่งบอกถึงบุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากรายงานการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่แล้วเพศชายมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่ายมีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิง จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Burvill et al., 1995; Sergio and Robinson., 1998; Kolita et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Anderson et al., 1995; Kolita et al., 1998) ที่พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในช่วงระยะ

เฉียบพลันจะพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าเพศชาย แต่ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านไป 12 เดือน และ18 เดือนพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Berg et al., 2002)

สถานภาพสมรส เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีภาระผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการมีหน้าที่รับผิดชอบและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นรูปแบบการใช้ชีวิตของบุคคลและการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว มีงานวิจัยที่พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยประเภทนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่สมรสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เป็นโสด (Ostir et al, 2011; Ramasubbu et al., 1998) อาจเนื่องมาจากมีภาระผูกพันกับคู่สมรสและบุตร ภาระรับผิดชอบเป็นผู้ดูแล หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุขและสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต จากการศึกษาของ Marmot et al. (1991 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้มีรายได้สูง ส่วน Ramasubbu et al. (1998) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รายได้น้อยบางครั้งก็มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้มากกว่า บางครั้งผู้ป่วยที่รายได้มากกว่าบางครั้งก็อาจมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้น้อย รายได้จึงเป็นตัวแปรที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยให้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุสิ่งของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Sit et al., 2007; Angeleri et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arlene et al. (2012) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่

อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ บทบาททางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Huang et al., 2010) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาความทุกข์ที่กำลังเผชิญให้ลดลงได้ โดยมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social support network) หรือกลุ่มคนที่สามารถให้การพึ่งพาและขอการสนับสนุนในยามที่เผชิญกับความเครียดได้ เช่น การให้มิตรภาพ (friendship) แต่ผู้ป่วยที่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม คือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Rothrock and Kreder, 2003)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) เป็นตัวทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย (Gainotti et al. 2001; Whyte and Mulsant, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinyor et al. (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ภายหลังมีพยาธิสภาพ จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 ซึ่งมากกว่าปัจจัยอื่น (Whyte and Mulsant, 2002; Shirley et al., 2006; Huang et al., 2010; Jones et al., 2000; Shirley et al., 2006; Chau et al., 2010) และพบว่า เพศหญิงมีความพร่องในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (Ramasubbu et al., 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากทำการประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในช่วง 1 เดือน และประเมินซ้ำในช่วง 3 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ (Singh et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chemerinski et al. (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น ก็จะพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น (Huang et al., 2010) ฉะนั้นจึงคาดว่าความสามารถในการปฏิบัติบัตรกิจวัตรประจำวัน อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ความสามารถในการสื่อสาร (Communication ability) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ประกอบด้วยการรับรู้ (perception) การประมวลผลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาเรื่องสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Naess et al., 2011; Kauhanen et al., 1999; Waded et al., 1968) พบว่าผู้ป่วยที่

มีปัญหาภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านการพูดร้อยละ 27 (Naess et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูดร้อยละ 58 จะมีภาวะซึมเศร้า (Kauhanen et al., 1999)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติการศึกษาทางด้านการเกิดปัญหาทางด้านการรู้คิดพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เกิดอาการดังกล่าวเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Haring, 2002) การรู้คิด และความจำภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองอีกด้วย (Nys et al., 2006; Goinotti et al., 2001) ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Tatemichi et al., (1994) ที่พบว่า ปัญหาด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองได้ช้า มีผู้ทำการศึกษาทางด้านสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านการรู้คิดของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีรอยโรคที่เส้นเลือดขนาดเล็ก จะเกิดปัญหาด้านการรู้คิด ซึ่งจะพบได้ในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นปัจจัยทำนายปัญหาด้านการรู้คิดในผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย (Mok et al., 2004) ซึ่งปัญหาด้านการรู้คิดและปัจจัยเสี่ยงทางด้านรอยโรคของหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว (Nys et al., 2006) และพบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความพร่องด้านการรู้คิด โดยเฉพาะ ด้านความจำ การแก้ปัญหา และการมีสมาธิและความสนใจ (Kauhanen et al., 1999)

กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า (Sinyor et al., 1986; Bardwell, 2001; Chemerinski et al., 2001) และกลวิธีการเผชิญปัญหา ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการคือแรงสนับสนุนทางสังคม (Smith, 1993) ผู้ป่วยที่มีกลวิธีการเผชิญปัญหาไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและยังส่งผลกระทบทำให้การให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายลดลง (Sinyor et al., 1986)

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งข้างต้นสนับสนุนว่า ปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ สถานภาพสมรส และรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

2. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงความสัมพันธ์ Correlational research ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และ กลวิธีการเผชิญปัญหา

2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทั้งผู้ที่เป็นครั้งแรกและผู้ที่เป็นโรคนี้ซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีอาการและอาการแสดงคือ มีแขนขาอ่อนแรง การสื่อสารและการสื่อความหมาย การพูดลำบาก การกลืนลำบาก และปัญหาเรื่องการมองเห็น เป็นต้น ที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีระดับคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ระดับ 10 ขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตประสาทมาก่อน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ

การรักษาต่อเนื่องหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นเวลา 18 เดือน ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยแสดงออกในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและการรับรู้และความการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่าหมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ ประเมินได้จากแบบสอบถาม The Patient Health Questionnares-9 (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งจัดว่าสั้นกว่าแบบประเมินก่อนๆ หน้านี้ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่างๆ ของเกณฑ์การนิจฉัยโรคซึมเศร้า คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับตั้งแต่ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน PHQ-9 นั้นนิยมใช้ในรูปแบบของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

อายุ หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนปี นับจากวันเกิดถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นผู้มีอายุ 18 – 59 ปี ของผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานคร

รายได้ หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเป็นสิ่งที่บ่งบอกสถานภาพทางการเงินของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การประเมินรายได้จากจำนวนตัวเลขที่แสดงถึงรายรับหรือจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือนของผู้ป่วย หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งการประเมินรายรับต่อเดือนของผู้ป่วยออกเป็น น้อยกว่า 5000 ถึง 5000 บาท 5001 -10,000 บาท 10,001 -15,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยาในปัจจุบัน ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตของบุคคลและการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ โสด แต่งงานแล้ว หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในเขตกรุงเทพมหานคร ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านวัตถุ ข้อมูล

ข่าวสาร โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร ภาษานอก (2549) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในการทำกิจกรรมประจำวัน ประเมินโดยการใช้แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living Index ที่สร้างขึ้นโดย Mahony and Barthel (1965) ที่ สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย (2550) ดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความสามารถในการสื่อสาร หมายถึง ระบบการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ประกอบด้วยการรับรู้ (perception) การประมวลผลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) ซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถทางด้านการพูด การเข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การสื่อสารภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง The Communication Outcome After Stroke (COAST) ที่ผู้วิจัยแปลจากฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดย Long et al. (2008)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทางสติปัญญาระดับสูง มีการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ การดัดแปลงข้อมูลเพื่อแสดงออก การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-THAI 2002) แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542)

กลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีหรือรูปแบบที่ผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันใช้ในการตอบสนองภาวะที่กดดัน ความเครียด ความไม่เป็นสุขจากมีปัญหาทางร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านระบวนการทางการคิดหรือพฤติกรรมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสมดุล และการจัดการกับสภาวะที่กดดันให้ลดลงหรือหมดไป โดยใช้แบบประเมินการวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของ Sorlie and Sexton (2000)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การความสามารถในการสื่อสาร ทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
    - 1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
    - 1.3 พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดงของการเกิดหลอดเลือดสมอง
    - 1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
    - 1.5 ระยะภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 1.6 ผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 1.7 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ภาวะซึมเศร้า
    - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
    - 2.2 สาเหตุและแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้า
    - 2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
    - 2.4 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า
    - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 3.2 กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
    - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
    - 3.4 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
    - 3.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการทางคลินิก ที่ประกอบด้วยลักษณะความบกพร่องทางระบบสมองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือ เป็นสาเหตุให้ถึงแก่ชีวิต รวมถึงสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากสาเหตุอื่น (WHO, 2003)

Stroke หรือที่คนไทยเรียกว่าอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดไปจากปกติ และก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตทันที (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

สรุป โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองบางส่วนหรือทั้งหมดหยุดทำงานหรือทำงานผิดปกติ อย่างทันทีทันใด ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

1.1 ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 85 โดยร้อยละ 40 เกิดจากลิ่มเลือดอุดกั้น (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 20 เกิดจากการอุดกั้นหลอดเลือดขนาดเล็ก และร้อยละ20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) ที่สำคัญได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดจากผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ที่เหลือร้อยละ 5 เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่นภาวะหลอดเลือดอักเสบ เป็นต้น การเกิดลิ่มเลือดอุดกั้นทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กสัมพันธ์กับภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) การมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผนังหลอดเลือดขนาดใหญ่แข็งตัวแล้วยังพบว่า สัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงกลุ่ม performin vessels ซึ่งเมื่อเกิดการอุดกั้นแล้ว จะทำให้เนื้อ

สมองตายเป็นบริเวณเล็ก ๆ ที่เรียกว่า lacuna infraction โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดจะค่อย ๆ ก่อตัวตามผนังหลอดเลือดที่มี atherosclerosis plaque ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดกั้น ระยะเวลา ของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับเลือดชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง

เมื่อมีหลอดเลือดอุดกั้นอย่างทันทีทันใด เซลล์ประสาทสมองจะค่อย ๆ ตายลงภายใน 6 – 8 ชั่วโมง ในกรณีที่เนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลัน สมองบริเวณนั้นจะบวมมาก เนื่องจาก blood brain barrier เสียไป ถ้ามีเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้างและสมองบวมมาก อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนมีการกดเบียดบริเวณก้านสมอง หรือมีการอุดกั้นทางเดินของน้ำไขสันหลังได้ ซึ่งหากเป็นมากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุที่สำคัญได้แก่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแรงลงจนในที่สุดเกิด microaneurism ขนาด 300-900 ไมครอน ซึ่ง microaneurism ที่เกิดขึ้นไม่ใช่ aneurism ที่แท้จริง แต่เป็นกระเปาะที่มีเลือดซึมขังอยู่ บ่งบอกว่าเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด ถ้ามีความดันโลหิตสูงจากเดิมอย่างกระทันหัน microaneurism ดังกล่าวจึงแตกออก ทำให้มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการอักเสบและตาย เช่นเดียวกับในกรณีที่เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบ ๆจะบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองบริเวณข้างเคียง ที่สำคัญได้แก่ การกดเบียดช่อง ventricle ทำให้น้ำไขสันหลังระบายไม่สะดวก มีสมองบวม อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงจนกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด และสัญญาณชีพ ถ้าการกดเบียดไม่มากนัก และผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อย ๆ สลายไปในช่วง 2 -6 เดือน

ตำแหน่งที่พบเลือดออกบ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, กลีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons เมื่อมีเลือดออกในเนื้อสมองลึกลงไปใน cerebral hemisphere ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะของการรู้สติด้วย ผู้ป่วยมักมีอาการชาอ่อนแรงในส่วนของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค ถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองซีกที่เด่น (dominant hemisphere) ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติด้านภาษา (aphasia) ร่วมด้วย ภาวะเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักเกิดที่ซีกใดซีกหนึ่ง โดยเริ่มที่ dentate nucleus ผู้ป่วยจะเสียการทรงตัว เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง

1.2.3 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid (Subarachnoid hemorrhage; SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มี aneurism การมีเลือดออกในช่อง subarachnoid ทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้คิด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น ผู้ป่วยที่เกิด SAH จะมีอายุน้อยกว่าและมักไม่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีคอแข็ง และมีอาการแสดงที่บ่งว่ามีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น Kernig's และ Brudenzinki's sign การบีบเกร็งของหลอดเลือด (vasospasum) ภายหลังผนังหลอดเลือดแตกและภาวะเนื้อสมองตายที่เกิดขึ้นตามมา เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่เกิดขึ้น

1.2 พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในสมองเกิดขึ้นจากสมองเป็นอวัยวะที่มีความไวต่อการขาดเลือด ในภาวะปกติสมองมีความต้องการเลือดมาเลี้ยงมากถึงหนึ่งในสี่ของปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ เมื่อสมองเกิดภาวะขาดเลือดเฉียบพลันเซลล์ประสาทสมองบริเวณศูนย์กลางของการขาดเลือด (ischemic core) จะเกิดการสูญเสียไปอย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป ส่วนบริเวณโดยรอบซึ่งเป็นบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic penumbra) จะมีขนาดลดลงเรื่อย ๆ แปรผกผันกับบริเวณ ischemic core ที่มีขนาดเพิ่มขึ้น บริเวณโดยรอบที่มีเลือดไปเลี้ยงลดลง ischemic penumbra นี้จะเป็นตำแหน่งเป้าหมายสำหรับการรักษา พบว่า สามารถแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้อย่างทันท่วงที เซลล์ประสาทบริเวณ ischemic penumbra จะสามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ ซึ่งจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราความพิการ เมื่อมีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอันเนื่องมาจากลิ่มเลือดอุดตันหรือตีบของหลอดเลือด ร่างกายจะตอบสนองโดยใช้กลไกชดเชยของร่างกายในการแก้ปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง แบ่งได้เป็น 2 ขั้น ดังนี้ (ดิษยา รัตนากร และคณะ, 2554)

ขั้นที่ 1 เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด (Autoregulartory vasodilation) เป็นกลไกชดเชยลำดับแรก เกิดขึ้นเพื่อรักษาระดับของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุด กลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นนี้ นอกจากจะเกิดขึ้นในตำแหน่งของการขาดเลือดแล้วยังเกิดบริเวณข้างเคียงอีกได้อีกด้วย ซึ่งมีผลทำให้มีการนำเลือดจากบริเวณข้างเคียงไปสู่บริเวณที่มีการขาดเลือด เมื่อกลไกดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเต็มที่สุดแล้ว แต่ยังไม่สามารถแก้ไขได้จะทำให้เกิดกลไกขั้นที่ 2 ตามมา คือ

ขั้นที่ 2 สมองจะเพิ่มความสามารถในการดูดซึมออกซิเจนให้มากขึ้น ในภาวะปกติสัดส่วนของออกซิเจนที่จะถูกซึมโดยสมอง (Oxygen extraction fraction) จะมีค่าประมาณร้อยละ

30-40 เมื่อเกิดการขาดเลือดขึ้น ความสามารถในการดูดซึมออกซิเจนของสมองจะสูงมากขึ้นถึงร้อยละ 90 ซึ่งเป็นกลไกชดเชยของร่างกายในการแก้ปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ในกรณีที่เกิดอาการที่ไม่รุนแรงการขยายตัวของหลอดเลือดอาจเพียงพอสำหรับการแก้ไขปัญหาการขาดเลือดและเป็นอยู่ชั่วขณะ หากสมองมีการขาดเลือดมากขึ้น ร่างกายจะใช้กลไกขั้นที่ 2 ที่มีอาการขาดเลือดรุนแรง และเป็นระยะเวลานานที่เกินขีดความสามารถในการแก้ไขของร่างกาย ซึ่งจะทำให้การทำงานของสมองและเซลล์ประสาทสูญเสียและอาจนำไปสู่การตายของเซลล์สมองในที่สุด

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขัดขวางการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมี ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

1.4.1.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและชนิดมีเลือดออก (Freitas et al., 2001อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.2 โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตัน (Thrombotic stroke) เนื่องจากโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Adams et al., 2007 อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.3 โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยได้แก่ โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) และหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

1.4.1.4 โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงคาโรติด เนื่องจากหลอดเลือดแดงคาโรติดอยู่บริเวณคอที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง ถ้ามีการอุดตันจากการเกาะของไขมัน จะทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.5 ระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการอุดตัน ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.6 ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย และอ้วนเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสองอย่างนี้ไปเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีการสะสมไขมัน หรือการเกิดอุดตันในหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก (American Stroke Association, 2008)

1.4.1.7 การสูบบุหรี่ อาจทำให้เกิดมีเลือดออกในสมองได้ เพราะนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ออกฤทธิ์ทำให้หัวใจและหลอดเลือดหดตัว มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เส้นเลือดแดงในสมองแตก นอกจากนี้อาจทำให้เกิดสมองขาดเลือด จากมีการเพิ่มระดับ Fibrinogen และการเกาะของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้นค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นมีผลให้ลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง (Ferias et al., 2001 อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.8 การดื่มสุราปริมาณมาก เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเลือดออกในสมองได้ เนื่องจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง อาจเกิดจากแอลกอฮอล์ไปลดระดับ Lipoprotein ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.1.9 ความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตและปฏิกิริยาเคมีในสมองจะแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.4.2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

1.4.2.1 อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุดโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงของทั้งภาวะ Hemorrhagic และ ischemic stroke จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น และพบว่า อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.2.2 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-78 Adams et al. (1999 อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) แต่ผู้หญิงเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย (American Heart Association, 2011)

1.4.2.3 กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ ผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ ส่วนเชื้อชาติคนผิวดำมีภาวะเสี่ยงสูงจากการเสียชีวิตและพิการ มากกว่าคนผิวขาว (American Heart Association, 2011)

1.4.2.4 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จะมีภาวะเสี่ยงสูงมากกว่าคนอื่น และจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าคนปกติ 5 เท่า (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550: 21)

1.4 ระยะภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Post acute stroke)

1.5.1 ความหมายของระยะภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีผู้ที่ทำการศึกษา และให้ความหมายไว้ ดังนี้

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) ได้กล่าวถึงผู้ป่วย Post acute stroke (ระยะภายหลังเกิด

หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน) ไว้ว่า เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ มีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง พบได้ตั้งแต่ 1 วัน จนถึง 14 วันเป็นต้นไป

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ได้กล่าวถึง Post acute stroke จากการแปลผลการตรวจสมองสมองด้วย MRI ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดไว้ว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหลังจาก 1 สัปดาห์จนถึง 4 สัปดาห์ จะเป็นช่วงที่พ้นจากช่วงสมองบวมไปแล้ว

สรุป ระยะภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่เกิดหลังจากที่สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นเวลาตั้งแต่หลังจาก 24 ชั่วโมง จนถึงหลังจาก 1 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการ เป็นช่วงที่พ้นจากอาการสมองบวม ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลง

1.5.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ลักษณะของผู้ป่วย Post acute stroke มักจะมีปัญหาในการสั่งการและในการทำงานตามหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสีย หรือไร้ความสามารถ ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งทำให้เกิดความด้อยโอกาสทางสังคม เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจะแตกจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพและลักษณะของการเกิดโรค โดยอาการทางระบบประสาทจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเวลาเป็นนาที ในกรณีที่อาการผิดปกตินั้นเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าเป็น ischemic stroke หรือ hemorrhagic stroke ถ้าอาการเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่เกิน 24 ชั่วโมงเรียกว่า transient ischemic attack (TIA) (พรภัทร ธรรมสโรช และ เพิ่มพันธุ์ ธรรมสโร, 2552)

อาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การรับความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการเปลี่ยนอริยาบทและการเคลื่อนไหว อาการกลืนลำบาก ปัญหาด้านการขับถ่าย ปัญหาการกำหนดรู้ ปัญหาด้านการสื่อความหมาย ปัญหาด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านสังคม ปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์รวมถึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

1.6 ผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

1.6.1 ทางด้านร่างกายของผู้ป่วย

อัมพฤกษ์ครึ่งซีกและอัมพาตครึ่งซีก (Hemiparesis and Hemiplegia) อัมพฤกษ์ครึ่งซีก (Hemiparesis) คือการอ่อนแรงครึ่งซีก ส่วนอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) คือไม่มีแรงแบบอัมพาตข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย โดยหากมีการขาดเลือดไปเลี้ยงในสมองส่วนข้างขวา จะทำให้เกิดอัมพาตร่างกายครึ่งซีกด้านซ้าย และในทำนองเดียวกันการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองด้านซ้ายจะทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย เพราะเส้นประสาทต่าง ๆ มีการส่งกระแสประสาทไปฝั่งตรงข้ามจากสมองไปสู่ไขสันหลัง และทำให้เกิดพร้อมกับการสูญเสียความรู้สึกครึ่งซีก ตาบอดครึ่งซีก สูญเสียความจำการสื่อความหมาย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 4 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการและต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้ ร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือด้านการเคลื่อนที่ ร้อยละ 71 มีความบกพร่องด้านความสามารถในการประกอบอาชีพ และร้อยละ 16 ต้องอยู่ในสถานพักฟื้น (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553: 489)

ปัญหาการสื่อสาร ความพร่องในการสื่อสารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยอาจพบว่า ผู้คนรอบข้างพูดด้วยภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ หนังสือที่เคยอ่านได้กลายเป็นสัญลักษณ์และภาษาที่อ่านไม่ออก บางรายไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ และไม่สามารถบอกความคับข้องใจถึงความพิการที่เกิดขึ้น ในขณะที่บางรายเข้าใจแต่ไม่สามารถออกเสียงพูดได้ รวมถึงไม่สามารถสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองจากแพทย์ผู้รักษา ทำให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าตามมา และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านความพร่องทางด้านการสื่อสารจะเป็นปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

การพูดลำบาก (Dysarthria) เป็นความไม่สมบูรณ์ของการออกเสียง มีอาการพูดไม่ชัด ออกเสียงเป็นคำรวม ๆ ซึ่งทำให้มีปัญหาการพูด ต้องแยกกันระหว่าง การพูดลำบากกับการสูญเสียความสามารถของการสื่อความ คนที่มีอาการพูดลำบากจะเข้าใจการสื่อภาษา แต่มีความลำบากในการออกเสียงคำนั้น ๆ อาจออกเสียงกลั้วกันไปไม่ชัดเจนผู้ป่วยจะเปล่งเสียงสระและพยัญชนะได้ไม่ชัดเจน แต่ไม่มีปัญหาเรื่องการสร้างประโยค คนที่พูดลำบากจะเข้าใจคำพูดและอ่านได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ปัญหาการพูด เช่นพูดไม่ชัดเจน และมีความลำบากในการตั้งใจพูด ปัญหาเหล่านี้ทำให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

ภาวะสูญเสียความสามารถการสื่อความหมาย (Aphasia) คือความผิดปกติของความสามารถในการสื่อสาร อาจเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร หลายรูปแบบ เช่น การพูด การอ่าน

การเขียนและการเข้าใจภาษา ซึ่งศูนย์กลางการสื่อสารจะอยู่ที่สมองซีกซ้าย ซึ่งชนิดของการสูญเสียความสามารถของการสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น ภาวะการสูญเสียความสามารถในการสื่อความคือพูดได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย (Wernick's aphasia) ซึ่งเป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน temporal lobe โดยประสาทรับความรู้สึก มีผลต่อการเข้าใจคำพูด ส่วนภาวะการสูญเสียความสามารถการสื่อความของ broca area เกี่ยวข้องกับการสั่งงาน ส่วน expressive or motor มีผลต่อการพูด แขนงของเส้นเลือด middle cerebral จะส่งเลือดไปเลี้ยงสมองทั้งสองบริเวณนี้ การสูญเสียความสามารถการสื่อสารทั้งหมดจะมีผลกระทบทั้งการเข้าใจภาษาพูด และการพูด ปัญหานี้จะมีผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิต (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

การกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นความผิดปกติหรือยากลำบากของการกิน ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการกลืนที่ผิดปกติ ซึ่งการกลืนเป็นขบวนการที่ซับซ้อนต้องใช้การทำงานของเส้นประสาทสมองอย่างมาก เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนทั้งลำดับเหตุการณ์และเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องซึ่งแบ่งเป็นระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง ความบกพร่องนี้ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาเช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดอาหาร และปัญหาที่สำคัญคือการสำลัก ซึ่งอาจทำให้ปอดอักเสบหลอดลมอุดกั้น และขาดอากาศซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย เป็นปัญหาที่สำคัญ และพบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันช่วยให้ผู้ที่มีอาการหนักมีอัตราการรอดสูงขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรอดชีวิตมักมีปัญหาการขับถ่ายซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและรักษา ปัญหาของผู้ป่วยเหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองนับเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ในรายที่รอดชีวิตก็มักต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.6.2 **ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม** เนื่องจากสมองของคนเรามีส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์อยู่หลายแห่ง โดยมีการเชื่อมต่อและส่งสารเคมีที่เป็นสารสื่อประสาทถึงกัน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์จึงเกิดขึ้นได้จากรอยโรคหลายแห่ง และนอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความพร่องทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเคย และไม่สามารถไปไหนมาไหนได้โดยอิสระ จึงเกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกด้อยค่าในตนเอง จึงทำให้แสดงอารมณ์และพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมมักมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถป้องกันและ

ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะแมเนีย (mania) ภาวะอารมณ์ไม่ปกติแบบสองขั้ว (bipolar disorder) อาการวิตกกังวล (anxity) อาการโรคจิต (phychosis) อาการเฉยเมย (apathy) ปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (catastrophic reaction) พฤติกรรมเจ้าอารมณ์ (emotionalism) จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายรูปแบบ ปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือภาวะซึมเศร้า และมักพบร่วมกับปัญหาและพฤติกรรมอื่น ๆ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.6.3 ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาเรื่องการปรับตัวเนื่องจากการเกิดปัญหาทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ถึงแม้จะมีการปรับเตรียมสภาพแวดล้อมไว้ให้ล่วงหน้าไว้อย่างดีแล้ว ผู้ป่วยก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย และไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องปรับตัว สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยก็ต้องปรับตัวด้วยเช่นกัน ผลกระทบที่เกดขึ้นขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องและทัศนคติต่อความบกพร่องนั้น ๆ โดยทั่วไปผู้ที่รับผลกระทบมากที่สุดคือคือคู่ครองของผู้ป่วย รองลงมาเป็นบุตรและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ดังนั้นการดูแลรักษาฟื้นฟูจึงต้องมีการให้คำปรึกษาด้านสังคมร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่สังคมเดิมได้โดยเร็ว จากสังคมครอบครัวขยายไปยังสังคมเพื่อนและสังคมการทำงานตามลำดับ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.7 การรักษาของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญช่วยให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันคือ การทำให้เซลล์ของสมองยังอยู่รอดให้ได้นานที่สุด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) ถ้าสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้ การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค โดยแบ่งผู้ป่วย ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) Acute period เป็นมาภายใน 3 ชั่วโมงแรก พิจารณาให้ Thrombolytic drug 2) Intermediate period เป็นมาภายใน 7 วัน แต่เกิน 3 ชั่วโมง พิจารณา Admit และ 3) Rehabilitation period เป็นมาหลัง 7 วัน พิจารณา ดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1.7.1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาลำดับแรกคือ ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดหลังจากเกิดอาการ แต่ผู้ป่วยส่วน

ใหญ่ที่มารับการรักษามักจะมีอาการนานมากกว่า 4.5 ชั่วโมง จึงทำให้ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ นอกจากนี้ยังมียาชนิดอื่นที่มีการศึกษาและมีการใช้เพื่อรักษาโรคสมองขาดเลือด ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สำหรับการรักษาด้วยยาที่จะป้องกันไม่ให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่ายาชนิดใดได้ประโยชน์ชัดเจน เนื่องจากการที่เนื้อสมองตาย จะไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยใช้วิธีการรักษาคือ รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงมากกว่า 220/120 มม. ปรอท ให้ลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 ม.ม.ปรอท เนื่องจากกลไกรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อ สมองตายจะขยายกว้างขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552: 40)

1.7.1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) ในผู้ป่วยสมองขาดเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมาทันเวลา 4.5 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการเมื่อได้ประเมินภาวะทั่วไปและสัญญาณชีพแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการซักประวัติอย่างละเอียดถึงระยะเวลาที่เกิดอาการ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้หากอาจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552: 40)

1.7.1.2 การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Platelet anti-aggregation drug) การให้ยาต้านเกล็ดเลือดไม่ว่าจะเป็นแอส ไพริ น หรือยาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่น มีหลักฐานชัดเจนว่ามีประโยชน์ในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน สำหรับภาวะสมองขาดเลือดพบว่าการใช้แอสไพรินมีประโยชน์บ้าง ถ้าให้การรักษาภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552: 41) และแอสไพรินเป็นยาต้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดกั้นซ้ำในระยะเฉียบพลัน แนะนำให้รับประทานแอสไพรินขนาด 325 มิลลิกรัม วันละครึ่งถึงหนึ่งเม็ดทันทีที่ไม่มีข้อห้าม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2552: 48)

1.7.1.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะ heparin เป็นยาที่ใช้กันมานานในการรักษาโรคสมองขาดเลือด ในระยะหลังได้พัฒนาขึ้นมาเป็นยากลุ่ม low-molecular weight heparin และ heparinoid สำหรับวัตถุประสงค์การใช้ยากลุ่มนี้เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้การอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552: 40)

1.7.1.4 ให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ สเตียรอยด์ (Steroid) และสารเข้มข้น (Hyperosmolar) เช่น เมนนิตอล (Mannitol) ซึ่งจะใช้รักษาในระยะที่สมองบวมมาก

1.7.2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากมีภาวะเลือดออกในสมอง

การรักษาในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองคือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยระวังไม่ให้สูญเสียเนื้อสมอง หรือการผ่าตัดเอาหลอดเลือดที่ผิดปกติ เช่น arteriovenous malformation ที่อาจแตกซ้ำออก การผ่าตัดมาตรฐานได้แก่ การทำ craniotomy บางสถาบันนิยมผ่าตัดโดยวิธี steriotatic เพื่อหยดยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะดูดเอาเลือดออก ทั้งนี้การรักษามีจุดมุ่งหมายป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองส่วนยาที่นิยมใช้มีดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2552: 48)

1.7.2.1 ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตซึ่งแพทย์ที่ให้การรักษาต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

1.7.2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (evacuation of hematoma)

1.7.2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่างๆ ของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

1.7.3 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากมีภาวะหลอดเลือดแตกที่ชั้นใต้ arachnoid การรักษาที่เฉพาะในภาวะหลอดเลือดแตกที่ชั้นใต้ arachnoid มีดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2552: 49-53)

1.7.3.1 การป้องกันหลอดเลือดแตกซ้ำ ให้ผู้ป่วยนอนพัก และให้ยาลดอาการปวดศีรษะที่มีฤทธิ์ชนิดไม่กดภาวะรู้สติ เช่น tramadol หรือ paracetamol รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเพิ่มความดันในหลอดเลือดสมอง เช่น การเบ่ง การไอ จาม และควรส่งตรวจ cerebral angiography เพื่อหาตำแหน่งของหลอดเลือดผิดปกติที่หลงเหลืออยู่โดยเร็วและให้การรักษาอย่างรีบด่วนก่อนที่จะมารแตกซ้ำ ซึ่งทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 70 ชนิดของการรักษาได้แก่ การหนีบ (clipping) ตัดออก (resection) การใส่ขดลวด (colling) หรือฉีดสารอุดหลอดเลือดที่ผิดปกติ (embolization)

1.7.3.2 การป้องกันหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ให้ยาขยายหลอดเลือด nimodipine ขนาด 60 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลา 10 -14 วันหลังจากมีเลือดออก เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการที่สมองขาดเลือด เนื่องจากหลอดเลือดสมองหดตัวซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ การให้ยานี้ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ความดันโลหิต systolic ไม่ให้ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

1.7.3.3 การรักษาภาวะโพรงน้ำสมองอุดกั้น เนื่องจากเลือดที่ออกใต้ชั้น arachnoid อาจทำให้ทางเดินของน้ำในโพรงของสมองอุดกั้นตามมา การรักษาด้ววิธีผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำจากโพรงน้ำสมองสู่ช่องท้อง (ventriculoperitoneal shunting)

1.7.4 การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้

1.7.4.1 การดูแลการหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดคั่งจะทำให้เซลล์สมองบริเวณ prenumbra zone ตายเพิ่มขึ้นได้และทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดผลเสียคือทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่สมองลดลงหรือทำให้สมองเคลื่อน (brain herniation) ไปกดศูนย์หายใจบริเวณ medulla ในกรณีที่ผู้ป่วย หายใจไม่พอ หายใจลำบาก หรือมีความเสี่ยงที่จะหยุดหายใจ หรือมีรอยโรคที่ก้านสมองควรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และติดตามดูระดับออกซิเจนในเลือดถ้าหายใจไม่พอต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.7.4.2 การควบคุมความดันเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลไกการควบคุมแรงดันภายในหลอดเลือดสมองจะบกพร่องไป ดังนั้นถ้าระดับแรงดันเลือดที่ต่ำเกินไปอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ในระยะนี้จึงควรควบคุมแรงดัน systolic ไม่ให้สูงเกิน 220 มม. ปรอท และความดัน diastolic ไม่ให้สูงเกิน 120 มม. ปรอท หรือค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่เกิน 160 มม. ปรอท

1.7.4.3 การรักษาภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง ในระยะเฉียบพลันโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะจากปริมาณเลือดที่ออกอย่างมาก หรือมีสมองบวมเป็นบริเวณกว้างเนื่องจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ถูกอุดกั้น หรือมีภาวะอุดกั้นของทางเดินของโพรงน้ำในสมองความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะอาจสูงได้ตั้งแต่วันแรกถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่ เช่น จากรอยโรคใน cerebellum กดเบียด 4th ventricle การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย

1) การจัดท่านอนให้ศีรษะและลำตัวท่อนบนยกขึ้น 20 -30 องศา โดยระวังไม่ให้ลำคอหักพับไปกดหลอดเลือดใหญ่ที่ลำคอ

2) การควบคุมอุณภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ ต้องลดไข้ด้วยยาลดไข้ เช็ดตัว หรือใช้อุปกรณ์ลดไข้เช่น hypothermia blanket และหาสาเหตุของไข้ เช่น การติดเชื้อ

3) การควบคุมระดับความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ควรรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่เพื่อลดการสูญเสียเนื้อสมองบริเวณ penumbra zone ในระยะเฉียบพลัน ต้องบันทึกปริมาณสารน้ำที่ให้และปริมาณปัสสาวะทุกวันและวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะและระดับเกลือแร่ในเลือดเป็นระยะ ๆ

4) การดูแลให้ระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยสูงกกว่า 110 มม. ปรอท และไม่เกิน 160 มม. ปรอท

5) การหลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีน้ำตาลกลูโคส ยกเว้นในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก

1.7.4.4 การป้องกันการสำลัก ต้องมีการทดสอบการกลืน ถ้ายังกลืนไม่ได้ให้ฝึกกลืนและให้อาหารทางสายยาง

1.7.4.5 การรักษาอาการชัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันชนิด embolic stroke หรือ lobar hemorrhagic อาจมีอาการชักเกิดขึ้น ต้องรักษาด้วยยาระงับชัก เช่น diazepam และยากันชักเช่น phenyltoin โดยใช้เฉพาะในรายที่มีอาการเท่านั้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเนื่องจากสมองขาดออกซิเจนจากการชัก

1.7.4.6 การป้องกันและรักษาภาวะ deep vein thrombosis ควรพิจารณาให้การป้องกันด้วยการเคลื่อนไหวขาอย่างสม่ำเสมอ และให้ low molecular weight heparin หรือ unfractionated heparin หรือเปลี่ยนเป็น wafarin เมื่อเกิด deep vein thrombosis แล้วเพื่อรักษาในระยะยาว

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง ลดความพิการและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดจากการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และให้ยาลดสมองบวม ส่วนในรายที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ป้องกันเลือดออกมากขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะ การรักษาโดยการให้ยาและการผ่าตัด

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มจากการประเมินภาวะที่มีความเร่งด่วนและให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยตามภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย ได้แก่

1.8.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแนวปฏิบัติเริ่มแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.1.1 จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรเปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 3 นาที

1.8.1.2 ซักประวัติถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่างต่อไปนี้

1.8.1.2.1 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

1.8.1.2.2 การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

1.8.1.2.3. การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

1.8.1.2.4. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

1.8.1.2.5. เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

1.8.1.3 การประเมิน ในภาวะฉุกเฉินพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังนี้

1.8.1.3.1. การซักประวัติระยะเวลาที่เริ่มเป็น ถามเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน เช่น เป็นมาแล้ว 3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์ ในกรณีที่เวลาเริ่มเป็นไม่ชัดเจนเช่น ญาติให้ประวัติว่าพบผู้ป่วยเข้านอนประมาณ 21 นาฬิกา และผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 5 นาฬิกาพบว่า มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงไปซีกหนึ่ง กรณีนี้ ให้ถือว่าระยะเวลาที่เริ่มเป็น คือเวลาเข้านอน 21 นาฬิกา หรือเวลาครั้งสุดท้ายที่พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปกติ ยกเว้นว่าในตอนกลางคืนผู้ป่วยยังไม่ได้นอนหรือขณะตื่นนอนยังไม่มีอาการผิดปกติ

1.8.1.3.2. การตรวจร่างกาย พยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินสามารถประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการตรวจร่างกายง่ายๆ เช่นตรวจดูการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยิงฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง

ตรวจการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยกแขนทั้งสองข้างตั้งฉากกับลำตัวค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ถ้าผู้ป่วยมีแขนอ่อนแรงจะทำไม่ได้หรือแขนข้างที่อ่อนแรงจะตกทันที หรืออาจตรวจความแข็งแรงของแขนโดยการให้ผู้ป่วยใช้

ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนอ่อนแรง ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกขาทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าขาผู้ป่วยอ่อนแรงจะทำไม่ได้

1.8.1.4 การตรวจร่างกายอื่นๆ เช่น สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท (เช่น GCS, SSS, NIHSS), O2 saturation ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ

- Lab: blood examination Coagulogram, Eletrolyte, CBC, FBS, BUN, Cr, (blood clot 1 tube)

- ตรวจพิเศษ: CT (ส่งตรวจภายใน 10 นาทีและตามผลภายใน 15 นาที)

1.8.1.5 รายงานแพทย์ ในกรณีต่อไปนี้

1.8.1.5.1 สัญญาณชีพผิดปกติ (ต้องรายงานภายใน 4 นาที)

ระดับความดันโลหิต

- SBP > 185 - 220 mmHg
- DBP > 120 - 140 mmHg

ภาวะพร่องออกซิเจน

- O2 Sat < 90% หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis

ระดับความรู้สึกตัว

- GCS < 10 คะแนน

1.8.1.5.2 มีความผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด (ดูอาการและการการตรวจร่างกายในข้อ 2 และข้อ 3) และมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ด่วน เพื่อเข้าแผนการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (stroke fast track)

1.8.1.5.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น DTX < 50 mg% หรือ > 400 mg%

1.8.1.5.4 อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

1.8.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.2.1 กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

1.8.2.1.1 ประเมินความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่สนทนา การตอบสนองต่อการสนทนาและการปฏิบัติตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสมแค่ไหนเพียงใด

1.8.2.1.2 ให้ความคุ้นเคย ให้ความเข้าใจและให้เวลา เพื่อผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจและไว้ใจ

1.8.2.1.3 สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้า-ออก ลึกและช้า

1.8.2.1.4 สอนและแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

1.8.2.1.5 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่

1.8.2.1.6 สอนและแนะนำให้ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์อย่างต่อเนื่อง

1.8.2.1.7 กระตุ้นให้ครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

1.8.2.2 กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลการหายใจ พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยหายใจเองได้หรือไม่ หายใจได้เพียงพอหรือไม่ และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ โดยนับอัตราการหายใจ สังเกตความลึกและความลำบากจากการหายใจ ตรวจการขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจ ฟังเสียงลมหายใจ และวัดระดับออกซิเจนในเลือด การรักษาระดับออกซิเจนในสมอง เพื่อให้ระดับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย พยาบาลต้องให้การดูแลเร่งด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อรักษาระดับออกซิเจนในสมองคือ การทำให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ผู้ป่วยหายใจได้เอง อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.8.2.2.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้าผู้ป่วยหหมดสติควรตะแคงหน้าไปทางด้านที่อ่อนแรงกว่าเพื่อให้น้ำลายไหลออกจากทางเดินหายใจ ป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้หายใจได้สะดวก ในกรณีที่มีเสมหะมาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ พยาบาลควรดูดเสมหะให้อย่างนุ่มนวลโดยปรับระดับแรงดันของเครื่องดูดเสมหะไม่เกิน 100 มม. ปรอท และระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งต้องไม่เกิน 10-15 วินาที มีการให้ออกซิเจน 100 % ทุกครั้งก่อนที่จะดูดเสมหะครั้งต่อไป

1.8.2.2.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงศีรษะสูง เพื่อให้การขยายตัวทรวงอกดีขึ้น และดูแลช่วงคอไม่ให้หักพับงอเพื่อให้การไหลกลับของเลือดดีขึ้น

1.8.2.2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยติดตามการวัดและประเมินผล Oxygen Saturation ให้อยู่ในระดับ 95 -100 %

1.8.2.2.4 วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยอัตราการหายใจต้องอยู่ในช่วง18-20 ครั้ง/นาที ในกรณีที่มีความผิดปกติของการหายใจให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ

1.8.2.2.5 ดูแลจัดเสื้อผ้าที่ผู้ป่วยสวมใส่ให้ไม่แน่น โดยเฉพาะบริเวณคอเสื้อมีการปลดคอเสื้อให้หลวมเพื่อให้เลือดบริเวณเส้นเลือดดำไหลกลับสะดวก

1.8.2.3 กิจกรรมการพยาบาลในการการควบคุมความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตที่สูงหรือต่ำเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ พยาบาลจึงต้องประเมินและรักษาระดับความดันโลหิต ดังนี้

1.8.2.3.1 ติดตามการวัด และประเมินผลระดับความดันโลหิต ให้ระดับความดัน mean arterial pressure อยู่ในระดับไม่ต่ำกว่า 110 มม.ปรอท และไม่สูงเกิน 160 มม.ปรอท และความดัน systolic ต้องไม่ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท ในท่านอนราบ เพราะอาจส่งผลให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงขึ้น จากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดพยาบาลต้องติดตามประเมินผล และรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ 220/120 มม.ปรอท และในกรณีที่มีเลือดออกในสมองต้องรักษาระดับ 180/110 มม.ปรอท (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

1.8.2.3.2 จัดให้ผู้ป่วยพักอย่างสงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย

1.8.2.3.3 จำกัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น การพูดคุยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด การดูดเสมหะในกรณีที่จำเป็นจึงจะทำการดูดเสมหะที่ระดับแรงดันที่ต่ำกว่า 100 มม.ปรอท

1.8.2.4 กิจกรรมการพยาบาลในการการดูแลด้านการเคี้ยวและการกลืน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความเสี่ยงสูงในการสำลักเนื่องจากมีความพร่องในการเคี้ยวและการกลืน เนื่องจาก Cerebral cortex และ medullar ถูกกด พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านนี้ เพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการสำลัก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินการกลืน ตามขั้นตอนดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.2.4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการประเมินการกลืนโดยละเอียด

1.8.2.4.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยที่จะได้รับการประเมินการกลืนต้องมีระดับความรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้อย่างชัดเจน จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง โดยจัดให้นั่งศีรษะสูง 60- 90 องศา หรือนั่งบนเก้าอี้ ผู้ป่วยควรทรงตัวในท่าศีรษะตั้งตรงได้เกิน 15 นาที ได้จึงจะประเมินในขั้นตอนต่อไปได้

1.8.2.4.3 ประเมินความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนของผู้ป่วยดังนี้

- ผู้ป่วยสามารถเลียริมฝีปากบนและล่างได้
- ผู้ป่วยสามารถไอตามที่บอกได้
- ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายตนเองได้
- การทดสอบการกลืน ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนควรปฏิบัติดังนี้ ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก และให้อาหารทางสายยาง ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังการสำลัก รายงานให้แพทย์ทราบ- ช่วยดูดน้ำลายให้ผู้ป่วย ดูแลความสะอาดปากและฟัน

1.8.2.5 กิจกรรมการพยาบาลในการการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นแขนหรือขาอ่อนแรง ติดเกร็ง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาเรื่องนี้ และทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีการอธิบาย เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการเกิดโรค ตลอดจนแนวทางการรักษา และสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและญาติได้ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.2.5.1 อธิบายอาการ และความก้าวหน้า การดำเนินของโรค และการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยแบบเข้าง่าย ๆให้ผู้ป่วยและญาติ

1.8..2.5.2 ประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อสร้าง ความไว้วางใจ ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และยกย่องชมเชย ก่อนและหลังให้ความรู้แก้ผู้ป่วยและญาติ และเมื่อสามารถปฏิบัติหรือทบทวนสิ่งที่ให้ความรู้ไปได้

1.8.2.5.3 วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.8.2.5.3 แนะนำและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ดีดูแลด้านที่อ่อนแรง

1.8.2.5.4 สอบถามความต้องการ และคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่นดูแลสุขวิทยาอนามัยช่องปากให้สะอาด

1.8.2.5.5 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การทรงตัว การฝึกพูด การฝึกกลืน เป็นต้น

1.8.2.6 กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะ หรือกลั้นอุจจาระไม่ได้จากพยาธิสภาพของโรคหรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหานี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมปัสสาวะไม่ได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและให้ความร่วมมือการรักษา โดยให้การพยาบาลดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.2.6.1 ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้

1) กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หม้อนอน/urenal ทุก 2 ชั่วโมง และค่อยๆขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ปรึกษาแพทย์ในการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ

2) กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี แต่ไม่ควรดื่มมากก่อนนอน อาจจะขับถ่ายปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน

3) ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก

4) หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธี intermittent catheterization ถ้าผู้ป่วยฝึกปัสสาวะเองได้ผล

5) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

1.8.2.6.2 ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1) กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยให้หม้อนอนหลังอาหารเช้า 30 นาทีทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย

3) กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

4) ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา

1.8.2.7 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดยึด แผลกดทับ อุบัติเหตุจากการพลัดตกลื่นล้ม ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล

1.8.2.8 กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

1.8.2.8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

1.8.2.8.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.8.2.8.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น มีความผิดปกติของสายตามากขึ้นง่วงซึมกระสับกระส่ายสับสนมากขึ้น พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

1.8.2.8.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

1.8.2.8.5 สอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการทำความสะอาดร่างกาย ฯลฯ

1.8.2.8.6 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้เวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ

1.8.2.9 กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

1.8.2.9.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมเอกสารความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

1.8.2.9.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ และกระบวนการส่งต่อ ที่ให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ถ้ามี)

1.8.2.10 กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร บกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

1.8.2.10.1 ประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย ในด้านความเข้าใจภาษาการพูด การอ่านและเขียน

1.8.2.10.2 ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหมถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม? เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

1.8.2.10.3 ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

1.8.2.10.4 ผู้ประเมินหรือสนทนาควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรืออยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

1.8.2.10.5 ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาษ

1.8.2.10.6 ประเมินความเข้าใจจากภาพ โดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

1.8.2.10.7 ส่งปรึกษานักอรรถบำบัดเพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

1.8.2.10.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (Broca's aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

1) ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

2) บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ

3) ผู้สนทนาควรมีท่าทีสงบ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง

4) ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูด หรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

5) ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร

6) ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย

7) ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอคำตอบ

8) ผู้สนทนาไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกตินุ่มนวล อ่อนโยนเพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน

9) สนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย

10) ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง

11) ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ในการสื่อสารหรืออธิบายความหมาย

12) ก่อนสนทนา หรือสื่อสารควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

13) การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป

14) เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่างๆ ไว้ในขณะสื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูดอาจใช้การชี้ที่รูปภาพแทน

15) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดช้าๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ชัดถ้อยชัดคำ

16) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสาร และสามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า "ใช่" หรือ "ไม่"

17) ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อยๆ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่พยาบาลไม่คุ้นเคย

1.8.2.10.9 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร (Wernicke's aphasia) ควรปฏิบัติดังนี้

1) พยาบาลหรือผู้ที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็นริมฝีปาก และการแสดงท่าทางของผู้ที่จะสื่อสารชัดเจน

2) ในการสื่อสารพยายามใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด

3) ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ พูดช้าๆ ชัดถ้อยชัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ

4) ไม่ควรถามคำถามหลายอย่างในเวลาเดียวกัน

5) หลีกเลี่ยงการสนทนาที่เป็นเรื่องการออกความคิดเห็นโต้แย้ง หรือใช้อารมณ์

1.8.2.11 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการวางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.8.2.11.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในเรื่อง สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท กิจวัตรประจำวัน สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาหาร และยา การสื่อสาร การรับรู้ การขับถ่าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้ Model M-E-T-H-O-D

1.8.2.11.2 จากปัญหาทางด้านร่างกายที่พยาบาลต้องวางแผนการให้การพยาบาลในโรงพยาบาลแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกการปรับตัว เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และทบทวนความเข้าใจและบทบาทของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนการไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลจึงต้องวางแผนให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถนะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1.8.2.11.3 การดูแลทางด้านสุขอนามัยทั่วไป ฝึกให้ญาติช่วยผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ทำอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ฝึกป้อนอาหารถ้าผู้ป่วยเริ่มรับประทานได้โดยไม่สำลัก ดูแลทำความสะอาดผิวหนัง พลิกตะแคงตัว การทรงตัว การนอน และการฝึกการขับถ่าย การฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อฝึกควบคุมการขับถ่าย

1.8.2.11.4 การเตรียมอาหาร การฝึกรับประทานอาหาร ในกรณีที่มีสายยางสำหรับให้อาหารกลับบ้านด้วย ต้องมีการสาธิตฝึก และให้ญาติฝึกการทำการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย

1.8..2.11.5 การปรับสภาพบ้าน ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ในกรณีที่ได้กลับบ้านพร้อมด้วยรถเข็น จึงต้องมีการทำทางให้ลาด ช่องประตูมากกว่า 36 นิ้ว ปรับพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน เพื่อให้มีที่กลับรถภายในบริเวณบ้าน ปรับประตูห้องน้ำให้รถเข็นลอดได้ และจัดสิ่งแวดล้อม และของใช้ในบ้านให้สะดวกในการใช้สอย เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

1.8.2.11.6 ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนากร ฝ่ายเวชกรรมสังคม ศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และศูนย์สุขภาพชุมชน

1.8.2.11.7 การดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ แนะนำให้ญาติสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การให้กำลังใจ และการให้เวลากับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ

1.8.2.11.8 การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของยาแต่ละชนิด และการมาตรวจตามแพทย์นัด บอกอาการและอาการแสดงที่ต้องรับมาพบแพทย์ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเช่นปลุกไม่ตื่น มีไข้สูง ปวดศีรษะมาก ผิดปกติ มีอาการที่บ่งบอกว่าอาจเป็นโรคซ้ำเช่น หน้าเบี้ยว มุมปากตก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มีอาการที่บ่งชี้ว่ามีภาวะเลือดออก เช่น อุจจาระมีเลือดปน อาเจียนเป็นเลือด

การดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะต้องดูแลทั้งร่างกายที่มักจะมีความพิการ ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ พยาบาลต้องให้คำแนะนำญาติให้หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถนะร่างกาย เพราะหากผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เศร้าหมอง หรือเบื่อ อาจทำให้ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ และเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีผู้ที่ศึกษาและให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2550: 4-5) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่เศร้า ร่วมกับรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ตำหนิตนเอง บางคนอาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย

วาทินี สุขมาก (2556: 188-189) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความผิดปกติด้านอารมณ์หรือความรู้สึกเศร้าที่ยังคงเป็นอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ แม้จะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น แต่ก็ไม่กลับมาสนุกสนานเหมือนเดิมได้ ในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้า เหงาหงอยและรู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านไปในแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อหน่ายไม่มีความสุข หากอาการแย่ลงจะเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจ จนไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจรบกวนการดำเนิชีวิตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554: 277) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้รู้สึกมืดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ อ่อนเพลีย ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจทำให้รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด

Beck (1967: 6-7) ได้ให้คำจำกัดความภาวะซึมเศร้าไว้ว่า การมีภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น เศร้า เหงา หดหู่ มีอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ตำหนิตนเอง มีความคิดถดถอย คิดลงโทษทำร้ายตนเอง ไม่อยากอยู่ และอยากตาย มีพฤติกรรมเปลี่ยน เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านการแสดงออกทางด้านการทำกิจกรรมด้วย

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงภาวะทางด้านอารมณ์ที่มีความเศร้าหมองมากกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงภาวะทางอารมณ์ รู้สึกมืดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ หมดความสนุกสนานในชีวิต หมดหวังไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากคุยกับใคร ทำกิจกรรมลดลง บางรายอาจมีความคิดอยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตาย

2.2 สาเหตุและแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่า ยังไม่มีทฤษฎีใดที่อธิบายไว้ชัดเจน ส่วนมากอธิบายจากสาเหตุผสมผสานกัน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีประวัติเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต นอกจากนี้ปัจจัยด้านพันธุกรรม รูปแบบการเผชิญความเครียด ระบบการสนับสนุนที่บุคคลได้รับ ซึ่งบุคคลอาจมีอาการซึมเศร้าจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัย สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีได้ดังต่อไปนี้ (วาทินี สุขมาก, 2556: 190-191)

2.2.1 แนวคิดด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวเคมี การเปลี่ยนแปลงด้านด้านฮอร์โมน มีงานวิจัยจำนวนมากที่รายงานผลการวิจัยว่า ปัจจัยทางชีววิทยามีบทบาทต่อการเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์และภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้แก่

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง พบว่า โรคซึมเศร้าชนิด bipolar disorder มักจะเป็นในผู้ที่มีประวัติบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นและต้องมีสิ่งมากระตุ้น เช่น ความเครียด

2. ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีความเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือสารชีวเคมีในสมอง การเปลี่ยนแปลงของสมดุลของสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองมีผลต่ออารมณ์เศร้าของคน (โดยเฉพาะ serotonin norepineprine และ dopamine) (วาทินี สุขมาก, 2556)

3. โรคทางกาย เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอัมพาตทำให้ผู้ป่วยมาสนใจดูแลตนเองทำให้หายช้า

4. ปัจจัยด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Factors) พบว่า การเปลี่ยนแปลระดับฮอร์โมนในเลือด เช่น วัยทอง หญิงหลังคลอดบุตรก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Post– partum depression)

5. ปัจจัยด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (Neurophysiologic Factors) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น Steroids, Amphetamine และอาจเกิดจาการเสียความสมดุลยของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

2.2.2 แนวคิดปัจจัยด้านจิตสังคม เหตุการณ์ความเครียด และลักษณะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ โดยสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.2.2.1 ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตนหรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยน

2.2.2.2 ทฤษฎีด้านจิตวิทยา มีนักทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น Siligman อธิบายว่าการที่เราพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชาและซึมเศร้าได้ (วาทินี สุขมาก, 2556: 191)

2.2.2.3 ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับ

ความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ (Sullivan, 2000 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) เชื่อว่าความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

2.2.3 แนวคิดด้านการรู้คิด (Cognitive theory) ที่กล่าวไว้ว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ Kaplan and Sandok (2000 อ้างถึงใน สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) ได้กล่าวถึง สิ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าไว้ 3 ด้าน คือแนวคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

2.2.4 แนวคิดด้านสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม อีกประการหนึ่ง คือ ประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวเอง ในบางครั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าก็ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจนแต่สาเหตุที่สามารถระบุได้ที่เกิดผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและมักเป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า (วาทินี สุขมาก, 2556: 191)

2.3 อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (วาทินี สุขมาก, 2556: 191-192)

2.3.1 อาการที่เป็นอาการและอาการแสดงหลัก ถึงแม้ว่าอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีอาการสำคัญที่จำเป็นในการวินิจฉัยได้แก่ อารมณ์ไม่สดชื่น ไม่สนใจหรือไม่ยินดีกับกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ

2.3.2 อาการที่เกี่ยวข้อง นอกจากอาการและอาการแสดงหลักแล้ว ยังมีอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งการทำงานของร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม

2.3.2.1 ด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนอน อาจมีอาการนอนไม่หลับ เดินละเมอ นอนมากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงด้านความอยากอาหาร อาจมีน้ำหนักเพิ่มหรือลดมากกว่าปกติ (มากกว่า 5 % ของน้ำหนักตัวต่อเดือน) ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มีอาการปวดที่ไม่สามารถอธิบายได้

2.3.2.2 ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าหรือไม่สบายใจ รู้สึกสิ้นหวังและไร้ประโยชน์ หรือรู้สึกว่าไม่มีอะไรจะดีขึ้นได้เลย ตนเองไม่สามารถทำอะไรที่ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ เกลียดตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่ทำผิด รู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ

ในอนาคตจะไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สนุกสนานจากสิ่งที่เคยทำ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง คิดทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย

2.3.2.3 ด้านสังคม ได้แก่ ไม่สนใจในกิจกรรมที่ทำทุกวัน ไม่สนใจงานอดิเรกที่เคยทำมาก่อน หรือไม่ต้องการทำอะไรร่วมกับผู้อื่น ไม่เข้าสังคม รำคาญผู้คน ไม่ค่อยอดทน ไม่มีสมาธิ

2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967)

2.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส มีอารมณ์เศร้าหรือหงอยเหงาชั่วคราว ในบางครั้งบุคคลทั่วไปก็เป็นได้ มีทั้งที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ เช่น ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ บางครั้งอาจมีอาการนอนไม่หลับ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ จะมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย มองตนเองว่าไร้ความสามารถ ตำหนิตนเองและแยกตัวเองออกจากสังคม บางครั้งอาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย

2.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ไม่สนสิ่งแวดล้อม แยกตัวเอง มองว่าตนเองล้มเหลว สิ้นหวัง และมีความคิดทำร้ายตนเองและคิดฆ่าตนเองได้

2.5 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์และสังเกตของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ทางด้านการแพทย์ที่ได้รับการอบรมและการประเมินภาวะซึมเศร้า และด้วยวิธีการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีแบบประเมินที่นิยมใช้บ่อย ดังนี้

2.5.1 ภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES–D) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin and Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการคิด

รู้ อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

2.5.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (Beck Depression Inventory: BDI) สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม

2.5.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression: HAS-D) สร้างโดย Hamiltion (1950 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) มีการปรับปรุงต่อมาเรื่อย ๆจนในปี ค.ศ.1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้แบบประเมินนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ

2.5.4 แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย 9 หรือThe Patient Health Questionnaires - 9 (PHQ-9) เป็นแบบประเมินที่ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า โดย Kroenke, Spitzer, and Williams (2002) แบบประเมิน PHQ 9 เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการประเมินจาก Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD) ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ซึ่ง Kroenke et al. (2002) สร้างเครื่องมือ PHQ-9 เพื่อใช้เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งจัดว่าสั้นกว่าแบบประเมินก่อนหน้านี้ ทดสอบเวลาในการทำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 85 สามารถทำเสร็จในเวลา 3 นาที โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่างๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ซึ่งเดิมเป็นแบบประเมินที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำการประเมิน โดยจะทำการสอบถามว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้ ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน มาตรวัดที่ใช้การประเมิน PHQ 9 ใช้เกณฑ์การประเมินที่เริ่มจากคะแนน 0 ถึง 3 รายละเอียด ดังนี้ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 เกณฑ์การประเมินผลคะแนนรวม 10 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ผลจากการทดสอบความเที่ยงและความมีประสิทธิภาพของเครื่องมือ พบว่าอยู่ในระดับดีเยี่ยมที่ค่า Cronbach’s alpha ที่.89

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย 9 The Patient Health Questionnares-9 (PHQ-9) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามเพียง 9 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ การที่มีข้อคำถามมาก

อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจและตั้งใจตอบน้อยลง แบบสอบถามนี้ผู้ป่วยสามารถใช้ประเมินตนเองได้ และใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที นอกจากนี้มีการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Williams et al. (2005) พบว่าแบบสอบถามนี้ไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะอายุ เพศ หรือเชื้อชาติใด โดยเกณฑ์การวัดผลแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9 ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ ≥10 ขึ้นถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.91, specificity = 0.89) และมีฉบับแปลภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล (2008) ซึ่งผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 การคิดคะแนนผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity of 0.84, specificity of 0.77**)** ซึ่ง อิสรีย์กร สุรศรีสกุล (2555) นำไปใช้ในการศึกษา ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) ได้กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไว้ ดังนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะนี้มักจะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพของสมองด้านอื่น ๆทั้งด้านความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหา การตอบสนองในรูปของการกระทำ ลดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อย และผู้ที่อยู่ในวันทำงานมักไม่สามารถกลับไปทำงานได้

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression) หมายถึง อาการที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อ ท้อแท้ หรือหมดความรู้สึกเป็นสุขสนุกสนานในชีวิต ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอีก 4 อาการ เช่นเบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ แยกตัวเอง กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรืออยากฆ่าตัวตาย

Berg et al. (2002) ภาวะซึมเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน จนถึง 2- 3ปี หลังจากเกิดโรค ซึ่งสาเหตุการเกิด

ยังไม่ได้สรุปแน่ชัด แต่มีผู้ทำการศึกษาปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุไว้ ทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย และปัจจัยแวดล้อมผู้ป่วย

Robinson et al. (1983) ภาวะซึมเศร้า เป็น neuropsychiatric disorder ที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากคือ ทำให้เกิดความพิการในระยะยาวมากกว่า และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หมายถึงอารมณ์ และความรู้สึกเศร้า ที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทำให้เบื่อหรือหมดความรู้สึกเป็นสุขสนุกสนาน มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรืออยากฆ่าตัวตาย

3.2 กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ในปัจจุบันเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายประการด้วยกัน ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้าน neurobiology และ ปัจจัยด้าน psychosocial (มณฑล ว่องวันดี, 2552)

3.2.1 ปัจจัยด้าน Neurobiology ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิด brain lesion ซึ่งไปกระทบต่อ monoaminergic pathway จาก brain stem สู่ cerebral cortex ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยตรงจากรอยโรคพยาธิสภาพสมอง (มณฑล ว่องวันดี, 2552) โดยมีสารสื่อประสาท serotonin มาความเกี่ยวข้องกับภาวะนี้ เนื่องจากพบว่า serotonin ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทำงานได้น้อยกว่าเดิม และ serotonin เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ความอยากอาหารและช่วยเสริมสร้างการทำงานของเซลประสาท ทำให้ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความผิดปกติทางอารมณ์จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550: 228)

นอกจากนี้เชื่อว่า noradrenalin ก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน ซึ่งการทำงานของระบบประสาทในภาวะปกติ เซลล์ประสาท serotonin และnoradrenalin ที่อยู่บริเวณก้านสมองจะส่งกระแสประสาทไปยังสมองด้านหน้าบริเวณ frontal cortex การมีรอยโรคในเส้นทางดังกล่าว ทำให้ขัดขวางการส่งกระแสประสาทและการนำ serotonin และ noradrenalin ไปใช้ เมื่อสมองส่วนหน้าขาดการสื่อสารประสาททั้ง 2 ชนิดนี้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การตอบสนองทางชีวเคมีต่อการขาดเลือดของสมองซีกซ้ายและซีกขวามีความแตกต่างกัน รอยโรคที่สมองซีกขวาทำให้ serotonin จับกับตัวรับ receptor ได้มากขึ้นแต่ไม่พบการ

ตอบสนองเช่นนี้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมองซีกซ้าย ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะสมองซีกขวาเท่านั้นที่มีความสามารถในการผลิต serotonin ชดเชยส่วนที่ขาดหายไป (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับตำแหน่งของรอยโรค พบว่า ถ้ารอยโรคค่อนมาทางด้านหน้า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจะมากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคค่อนไปทางด้านหลัง แต่ความสัมพันธ์นี้พบได้เฉพาะได้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมองซีกซ้ายเท่านั้นในกรณีที่มีรอยโรคบริเวณ subcritical area ของสมองซีกซ้าย ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ basal ganglia เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ารอยโรคที่ subcritical area บริเวณอื่น ส่วนในสมองซีกขวาพบว่าผู้ป่วยที่มีการเกิดโรคบริเวณ parietal lob มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีรอยโรคบริเวณอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ (มณฑล ว่องวันดี, 2552)

- Specific brain lesion พบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ left cerebral hemispheric lesion, left anterior frontallobe lesion และ left basal ganglia lesion ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิด disruption ของ monoaminergic pathway (serotonin และ norepinephrine) จาก brain stem สู่ neocortex และ limbic system
- Serotonin-receptor binding หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นในการเกิดโรคบริเวณสมองซีกขวามากกว่าการเกิดโรคในสมองซีกซ้าย ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่า left cerebralhemispheric lesion สัมพันธ์กับการเกิด poststroke depression

3.2.2 ปัจจัยด้าน Psychosocial มีหลายการศึกษาที่พบว่า psychosocial factors มีความสัมพันธ์กับ post stroke depression ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย

ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยหรือครอบครัว ประวัติการเป็น personality disorder ชนิด neurosis ความรุนแรงของความพิการที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง การมีความบกพร่องทางด้านภาษา (aphasia) เกิดความบกพร่องทางด้านการรู้คิด (cognitive impairment) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม มีเหตุการณ์ความเครียดเข้ามาในชีวิต (Astrome et al., 1993; Murphy, 1982 อ้างถึงในมณฑล ว่องวันดี, 2552) และปัจจัยทางด้านจิตสังคมนั้นจะมีบทบาทสำคัญในการเกิด late onset Post Stroke Depression (PSD) ซึ่งกลไกคล้ายคลึงกับการเกิด functional depression และปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่สำคัญนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้นนั้น ยังพบว่า เกิดจากการมีบุคลิกคิดมาก เป็นคนช่างกังวล มีความสามารถในการสื่อสารลดลง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

3.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.3.1.1 ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผู้ที่ทำการศึกษาและให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) กล่าวว่า เป็นการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนเรามีกิจกรรมที่ต้องทำหลายอย่าง เช่นการเปลี่ยนอิริยาบถเคลื่อนที่ไปมา การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่นการรับประทานอาหาร รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกาย และจัดการกับเรื่องการขับถ่าย นอกจากนี้ยังมีกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาชีพ และพักผ่อนหย่อนใจ

เบญจพร จันคำ (2553) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำเป็นประจำและสม่ำเสมอในทุก ๆวัน เพื่อการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองให้เป็นไปอย่างปกติ

Folstein et al. (1977) กล่าวว่า เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบภารกิจประจำวันของบุคคล 10 กิจกรรม ซึ่งจากการศึกษา พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกายอื่นที่มีระดับความพิการเท่ากัน

Singh et al. (2000) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการปฏิบัติภารกิจที่ทำเป็นประจำของบุคคล ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น และพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำทุกวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติด้วยตนเองประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

3.3.1.2 เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผู้ให้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่ใช้สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรมโดย Katz et al. (1963) ซึ่งมีกิจกรรมที่วัด

ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีเกณฑ์การใช้คะแนน 2 ลักษณะคือ กิจกรรมที่ทำได้ด้วยตัวเองและกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย แบบประเมินนี้ใช้ได้ทั่วไป ทั้งผู้ป่วยและใช้ประเมินผู้สูงอายุ

Instrument Activities of Daily Living (IADL) การวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาช่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องการเงิน การดูแลทำความสะอาดบ้าน การให้คะแนนเป็น rating scale คือ 0-2 เกณฑ์การให้คะแนน จากเต็มคะแนนรวม 12 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ 0-2 หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 3-5 เป็นภาระพึ่งพาขั้นรุนแรง 6-8 มีภาวะพึ่งพา ปานกลาง และค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา

ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahonney and Bathel ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2541 อ้างถึงใน ภัทราภร วิริยวงค์, 2551) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า มีความเที่ยง และความตรงที่ correlation’s between 0.73 and 0.77 จากการนำมาเป็นแบบทดสอบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 976 ราย เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน

ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) ที่สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย (2550) ดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม สร้างขึ้นโดย Mahonney and Bathel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีความเที่ยง และความตรงที่ correlation’s between 0.73 and 0.77

3.3.2 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยให้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสังคมซึ่งประกอบด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุสิ่งของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Sit et al, 2007; Arlene et al, 2011; Angeleri et al, 1999)

3.3.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb (1976) ให้คำจำกัดความ การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับ ข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขานอกจากนี้เขาเองยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน Cobb (1976) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support)

Jacobson (1986) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล เป็นการที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง หรือหลายคน ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน ทำให้รู้สึกว่าตนมีค่าและตนเองเป็นคน ๆ หนึ่ง จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่การได้รับการยอมรับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kaplan et al. (1983) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางด้านสังคมที่บุคคลได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้นโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม หรืออาจหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปของแหล่งให้การสนับสนุน หรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว (2554) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุนแก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าได้รับความเอาใจใส่จากบุคคล กลุ่มบุคคลในสังคม โดยได้รับความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้แก่ ได้รับการเอาใจใส่ดูแล การได้รับความรัก ข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นต้น

3.2.2.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (1981) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนนส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา .72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง .85 - .93

Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย (Sarason et al., 1983 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลการปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามี จะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าอัลฟา .83 - .90

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้มาจากการดัดแปลงแบบประเมินสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร ภายานอก (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแรง

สนับสนุนทางสังคมซึ่งแปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) โดยมีค่าดัชนีความตรง และความเที่ยงเท่ากับ .80 มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบบ Likert scale 5 ระดับ

3.3.3 ความสามารถในการสื่อสาร (Communication ability)

เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ประกอบด้วยการรับรู้ (perception) การประมวลผลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) พบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาเรื่องสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Wade et al., 1986; Naess et al., 2011; Kauhanen et al., 1999) นอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านการพูดร้อยละ 27 (Naess et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูดร้อยละ 58 จะมีภาวะซึมเศร้า (Kauhanen et al, 1999)

3.3.3.1 ความหมายของความสามารถในการสื่อสาร มีผู้ให้คำจำกัดความของความสามารถในการสื่อสารไว้ ดังนี้

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) เป็นความสามารถในการถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้รับทราบความรู้สึก และข้อมูลข่าวสารของตน รวมถึงการรับรู้ข้อมูลจากผู้อื่นด้วย

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นการทำงานของสมองที่สลับซับซ้อน ซึ่งการติดต่อสื่อสาร จะต้องประกอบด้วยการรับรู้ (reception) การประมูลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (cending information)

Long, et al. (2007) กล่าวว่า ความสามารถในการสื่อสาร เป็นสิ่งที่สำคัญและผู้ที่สื่อสาร จะเป็นผู้เลือกใช้วิธีการสื่อสาร หรือช่องทางการสื่อสารแตกต่างไปตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เช่น บางครั้งอาจใช้วิธี พูด เขียน หรือใช้ท่าทาง เพื่อสื่อให้ผู้รับสารเข้าใจ

สรุป ความสามารถในการสื่อสารหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้อื่น และรับข้อมูลจากผู้อื่น ซึ่งความสามารถในการสื่อสารเกิดจากการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และส่งต่อข้อมูล ซึ่งผู้ส่งสารสามารถเลือกวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพได้ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารในแต่ละครั้ง

3.3.3.2 เครื่องมือประเมินความสามารถในการสื่อสาร จากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือที่ มีผู้ที่ทำการศึกษาไว้ดังนี้

The Boston Diagnostic Aphasia Examination (BADE) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการสื่อสารของ Goodglass and Kaplan (1972) ประกอบด้วยการประเมินองค์ประกอบที่สำคัญในการใช้ภาษา 5 อย่าง คือ การอ่าน การเขียน การระบุตำแหน่ง และความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆของร่างกาย ความคล่องของการพูดและความเข้าใจภาษาพูด และนอกเหนือจากนั้น เครื่องมือนี้ยังใช้ประเมิน กระบวนการคิด การคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา ผู้ประเมินคือแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญรวม ข้อคำถาม 60 ข้อ มีค่าความเชื่อถือได้ที่ค่าคะแนน Cronbach's alpha (∞ = .98)

The Porch Index of Communicative Ability (PICA) ใช้ระบุความรุนแรงของปัญหาและช่วยในการพยากรณ์การฟื้นตัว มีแบบทดสอบย่อย 18 ข้อ เครื่องมือนี้สร้างโดย Porch (1967) โดยใช้การกระตุ้นประกอบด้วยคำพูด ท่าทาง และรูปทรงต่าง ๆ ผู้ประเมินจะประเมินความสามารถในการตอบสนอง ทั้งเรื่องเวลาที่ต้องใช้ในการกระตุ้น ความช่วยเหลือที่ให้ตลอดจนความสมบูรณ์และความถูกต้องของการตอบสนอง แล้วนำคะแนนที่ได้รับไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน เวลาที่ใช้ในการประเมินทั้งหมดเฉลี่ยประมาณ 60 นาทีต่อผู้ถูกประเมินหนึ่งคน

The Communication Outcome after Stroke (COAST)) ที่ผู้วิจัยแปลจากฉบับภาษาอังกฤษ ที่พัฒนาเครื่องมือโดย (Long et al., 2008) และใช้แบบประเมิน (COAST)ในการประเมินความสามารถในการสื่อสาร เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความสามารถทางการพูดและการสื่อภาษาของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการสื่อสารของตนเอง วัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือนี้เพื่อให้มีเครื่องมือที่เชื่อถือได้ และสามารถใช้วัดได้จริงในทางคลินิก เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเบื้องต้นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ได้พัฒนาแบบประเมินจำนวน 29 ข้อ จากนั้นได้ทบทวนแบบประเมินใหม่เหลือจำนวน 20 ข้อ ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 102 ราย และทำการทดสอบซ้ำพบว่ามีค่าความตรงภายใน และความเชื่อถือได้อยู่ที่ระดับ (∞=0.83–.92; ICC= .72–0.88).

3.3.4 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function)

3.3.4.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ และการดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิด

จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นงนภัส พันธ์แจ่ม (2549) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมอง ด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับ เชาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การเรียนรู้ การรับรู้ ความจำ การทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหา การใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูล ดัดแปลงข้อมูล และแสดง ออกได้อย่างเหมาะสม หากมีปัญหาด้านการรู้คิดย่อมส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน และมีปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจำแนกที่รับข้อมูลเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง มีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจและจดจำ รวมถึงการแปลข้อมูลเพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม

Carayannis (2000 อ้างถึงใน สุนันทา สกูลดี, 2551) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดหมายถึง กระบวนการทางสติปัญญาระดับสูง ประกอบด้วยความตระหนักรู้ การรับรู้ กระบวนการคิด และคุณลักษณะของการรับรู้ ซึ่งหมายถึง ความจำ ความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก การใช้เหตุผล และการระลึกได้ โดยระดับของการรู้คิดจะลดลงได้จากการได้รับข้อมูลหรือสิ่งกระตุ้นในสถานการณ์ใหม่

สรุป การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) หมายถึง กระบวนการทางสติปัญญาระดับสูง มีการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ การดัดแปลงข้อมูลเพื่อแสดงออก การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.3.4.2 เครื่องมือประเมินด้านการรู้คิด มีผู้ที่สนใจศึกษาและพัฒนาเครื่องมือไว้ ดังนี้

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) แบบประเมินสำหรับ Mild cognitive impairment ใช้กับผู้ป่วย stroke นี้สร้างขึ้นโดย Nasredine (1991) มีการวัดคุณภาพเครื่องมือที่มีการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha (alpha = 0.83 และค่าความสอดคล้องของ MoCA และ MMSE อยู่ในระดับดีเยี่ยม (r = 0.87).)

Trail Making Test (TMT) เป็นแบบทดสอบทางด้านจิตประสาท เป็นการทดสอบความสามารถทางด้านการจำ การมองเห็น ความสามารถทางการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น Part A และ Part B ที่พัฒนาโดย Reitan (1958) และทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดย

Wagner (2011) พบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha ของ TMT A and B ที่ 0.76 and 0.89

Mini –Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai, 2002) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2545)

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบการรู้คิด Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถาม แล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถาม และทำตามคำบอก จำนวน 11ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.3.5 กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)

3.3.5.1 ความหมายของกลวิธีการเผชิญปัญหา มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้ ดังนี้

นันทินี ศุภมงคล (2547) กลวิธีการเผชิญปัญหาหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด และแสดงออกเป็นพฤติกรรมอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อขจัดหรือบรรเทาภาวะที่เข้ามาคุกคาม

Lazarus (1976) การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามจะทำให้ภาวะเครียดลดลงหรือขจัดภาวะเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียดนี้ เราเรียกว่าการเผชิญปัญหา

Norman, Laura and James (1998) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาคือความพยายามของบุคคลในการที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม การแก้ไข สิ่งต่าง ๆ ทั้งสิ่งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่อาจปรับเปลี่ยนได้หรือปรับเปลี่ยนไม่ได้

Yager (1989) กล่าวว่า กลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางด้านร่างกายพฤติกรรมอารมณ์ และสติปัญญา เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่มากเกินกว่ากำลังของบุคคล เพราะการเผชิญปัญหาบุคคลต้องใช้การประเมิน ตัดสินใจ วางแผน และแก้ปัญหาสิ่งที่ได้ทำลงไป ซึ่งกลวิธีการเผชิญปัญหาจะสำเร็จได้บุคคลต้องพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่า กลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่จะแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก โดยมีการประเมิน วางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการเผชิญปัญหา บุคคลจะมีวิธีการในการเผชิญ

ปัญหาที่แตกต่างกันออกไป จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนทั้งภายในและภายนอกของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) ได้แก่

3.3.5.2.1 ภาวะสุขภาพและพละกำลังของบุคคล (Health and energy) ภาวะสุขภาพและพละกำลังมีผลกระทบต่อวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล บุคคลที่มีสุขภาพดี และมีพละกำลังแข็งแรง ย่อมมีความเข้มแข็งและทนต่อภาวะเครียดได้มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย

3.3.5.2.2 ความเชื่อในทางบวก (Positive beliefs) ความเชื่อในทางบวกที่มีผลต่อวิธีการเผชิญปัญหาคือความเชื่อในความสามารถหรือความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจภายนอกบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักจะใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์

3.3.5.2.3 ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) บุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ข้อมูลต่าง ๆได้ดี จะเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

3.3.5.2.4 ทักษะทางสังคม (Social skills) ทักษะทางสังคมเป็นการแสดงถึงความสามารถสามารถของบุคคลในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

3.3.5.2.5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น

3.3.5.2.6 แหล่งทรัพยากรทางวัตถุ (Material resources) บุคคลที่มีทรัพย์สิน เงินทองหรือสิ่งของต่างๆก็สามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับปัญหาได้วิธีหนึ่ง ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีแก้ปัญหาได้มากขึ้น

3.3.5.3 เครื่องมือประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาพบว่ามีผู้ทำการศึกษาไว้ ดังนี้

The COPE Inventory ของ Carver et al. (1989) แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory) ของ Tobin et al. (1989) และแบบวัดการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเครียด (The Coping Inventory for Stressful Situation) ของ Endler and Parker (1994) ซึ่ง Rafensson et al. (2006) ได้กล่าวถึงการศึกษาของ Cook and Heppner, 1997 ที่ศึกษาโดยมีการรวบรวมกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากแบบวัดการเผชิญปัญหาทั้ง 3 แบบดังกล่าว พบว่า เครื่องมือวัดทั้ง 3 มีความสอดคล้องกันในการอธิบาย

คุณลักษณะโดยรวมของกลวิธีการเผชิญปัญหาแบ่งออกเป็น 3 แบบคือ 1) การมุ่งการจัดการปัญหา (Problem Engagement) 2) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ (Social /Emotional support) และ3) การหลีกหนีปัญหา (Avoidance)

The Way of Coping ของ Folkman and Lazarus (1984) ได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาตามแนวทฤษฎีความเครียดของ Lazarus ที่มีการยอมรับอย่างกว้างขวาง โครงสร้างการเผชิญปัญหาของ Folkman & Lazarus แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-Focused Coping) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) มีการศึกษาความเครียดตามแนวทฤษฎีความเครียดของ Lazarus จำนวนมากในปี ค.ศ.1989 Carver, Scheier and Weintraub พัฒนาและรวบรวมวิธีการเผชิญปัญหาทั้งหมด 13 แบบซึ่งใช้รูปแบบพื้นฐานของ Folkman & Lazarus (1984) และมีการทบทวนข้อคำถามใหม่ในปี 1986 ซึ่งแบ่งการเผชิญปัยหาเป็น 8 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ

แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Sorlie and Sexton, 2000) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างจากแนวคิด กลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งมีการดัดแปลงจาก WOC ของ Lazarus and Folk man (1984) สำหรับแบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ Sorlie and Sexton, (2000) สร้างขึ้นเป็นรูปแบบที่ตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการมุ่งแก้ไขปัญหา และด้านมุ่งหลีกหนีปัญหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (0.66-0.84)ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ

ผู้วิจัยใช้แบบวัดกลวิธีการจัดการปัญหาที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Sorlie and Sexton (2000) ซึ่งเป็นแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการตอบสนองต่อปัญหาของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบหลีกหนีปัญหา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหลือ 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น rating scale 5 ระดับ

3.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลกระทบหลาย ๆ ด้านด้วยกัน ดังนี้

3.4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า (Whyte and Mulsant, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยทำให้ขาดแรงจูงใจหรือรู้สึก เหนื่อยหน่าย ไม่มีเรี่ยวแรง ในการทำกิจกรรมต่าง รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถนะ

ทางร่างกาย นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามักจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น ความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหา การตอบสนองในรูปของการกระทำ และลดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความก้าวหน้าในการฝึกช้าหรือได้ผลลดลง ส่งผลการเข้าสู่สังคมอาจเป็นไปไม่เต็มที่ ทำให้ถูกให้ออกจากงาน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า คิดว่าตนเองไร้คุณค่า เป็นภาระกับครอบครัว มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง และคิดฆ่าตัวตายในที่สุด อย่างไรก็ตามมีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่จะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พบว่า บทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า (Arlene et al., 2012) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้มีรายงานพบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการตายสูงกกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งใหม่ เกิดหัวใจล้มเหลว ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สุรา การสูบบุหรี่ การเกิดหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะ หรือเกิดหลอดเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาที่พบว่าความผิดปกติทางด้านอารมณ์ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-2 ปี (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.4.2 ผลกระทบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและภาษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีการฟื้นฟูได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า (Whyte and Mulsant, 2002) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Major และ Minor Depression เกิดขึ้นตั้งแต่ในช่วงเริ่มแรกที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่า มีแนวโน้มที่จะมี Physical impairment ในระยะยาวมากกว่าและมีโอกาสฟื้นฟูสภาพทางร่างกายหรือภาษาได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงกว่า (Chemerinski et al., 2001; Huang et al., 2010)

การฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและภาษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ ที่ปรับตามสภาพของร่างกาย การเรียนรู้ดังกล่าวต้องอาศัยความสามารถพื้นฐานของร่างกายหลายอย่าง ตั้งแต่การรับรู้จากอวัยวะรบความรู้สึก ที่สำคัญได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน

การสัมผัส ต่อจากนั้นจึงจะประมวลสิ่งที่รับรู้กับประสบการณ์ในอดีตเพื่อแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นจึงมีผลต่อการฝึกฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายและ การฝึกด้านภาษา เพราะผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก ทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาในที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.5 การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ อารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด ภาวะนี้มักส่งผลต่อสมรรถภาพทางสมองด้านอื่น เช่น ความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหาและลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะนี้มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรภาพเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น ซึ่งมีการรักษาหลายวิธี ดังนี้

การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า Selective Serotonin reuptake inhibitor (SSRIS) เป็นยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่มใหม่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ยากลุ่มนี้จะทำหน้าที่ขัดขวาง Serotonin reuptake บริเวณ resynaptic ซึ่งพบว่ายากลุ่มนี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเห็นผลชัดในผู้ป่วยที่เป็นโรคมา 7 สัปดาห์การให้ยาเร็วกว่านี้ให้ผลไม่แตกต่างจากการให้ยาหลอก (Mazer et al., อ้างถึงใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และพบว่าการใช้ยากลุ่ม SSRIs มีผลข้างเคียงเรื่องเลือดออกผิดปกติมากกว่ากลุ่ม tricyclics เนื่องจาก SSRIs มีการยังยั้งการดูดกลับของ serotonin ของเกล็ดเลือด ทำให้ความสามารถในการจับกลุ่มของเกล็ดเลือดลดลง แต่ยังไม่มีรายงานว่ายากลุ่มนี้ทำให้เลือดออกในสมอง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือ electroconvulsive therapy (ECT) ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา พบว่า ECT ใช้ได้ผลดี อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วย PSD ที่มี major depression ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีอาการ psychosis ร่วมด้วย มีรายงานพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ 19 ใน 20 รายตอบสนองต่อ ECT ดี โดยได้รับการดูแลแบบ unilateral และ brief pulse current treatment มีผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงคือสับสนยาวนาน ความดันโลหิตสูง Pulmonary edema หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ เนื่องด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นมีอาการข้างเคียงจึงควรพิจารณาให้ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

นอกจากนั้นแล้ว การบำบัดแบบไม่ใช้ยา เช่นการทำ active rehabilitation programs ในผู้ป่วย acute stroke ก็อาจช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้การบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยทางจิตสังคมและลด Social Isolation ก็อาจช่วยลด และ

ป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ เช่นการทำจิตบำบัด เช่น cognitive behavior therapy ซึ่งแม้จะมีการใช้อย่างแพร่หลาย แต่การศึกษามีค่อนข้างน้อย จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

โดยสรุปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองใช้การรักษาด้วยการให้ยาเป็นหลัก โดยเลือกยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIS) ก่อน เนื่องจากผลข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่ม tricycline แต่ต้องระวังเรื่องเลือดออกผิดปกติ และการหยุดยากะทันหัน ส่วนยากลุ่มใหม่ ๆก็ได้ผลดีในการรักษาโรคซึมเศร้า และมีผลข้างเคียงไม่มาก ส่วนการรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตบำบัด ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนไม่เพียงพอ

3.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายหลังโรคสมองเฉียบพลัน

ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมักจะเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และพยาบาลควรต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย ทำการวางแผนการพยาบาลทั้งเพื่อการดูแลรักษาและการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมากหรือน้อยแตกต่างกันตามความรุนแรงของการเกิดโรค ดังนี้

3.6.1 ปัญหาของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

3.6.1.1 ปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แนวทางในการแก้ไขปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันคือมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ ลดลงหรือหาเทคนิคต่าง ๆ มาชดเชยความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งความสำเร็จของการดูแลรักษา ขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ป่วยและการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และพบว่าร้อยละ 48 – 58 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ มีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาของ Chemerinski et al., (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น ก็จะพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น (Huang et al., 2010)

3.6.1.2 ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวต่างก็ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือนลดน้อยลง เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือนลดน้อยลง บางรายขาดรายได้ทั้งครอบครัวเพราะภรรยาต้องหยุดงาน หรือลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ซึ่ง

เป็นวัยทำงานและมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการดูแลรักษาฟื้นฟูจึงต้องมีการให้คำปรึกษาปัญหาด้านนี้ และหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจร่วมกับการวางแผนการรักษาด้วยเสมอ

3.6.1.3 ปัญหาด้านการสื่อสาร การสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากมีผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากพูดไม่ชัดหรือการใช้ภาษาลดลง การดูแลฟื้นฟูสมรรถนะด้านการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารให้ได้มากที่สุด ช่วยปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมโดยการลดสิ่งเร้าที่ไม่จำเป็น เพิ่มการกระตุ้น หรือการชี้แนะให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และแนะนำทางเลือกใหม่ ๆ ทดแทนความสามารถที่บกพร่องไป (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) โดยพยาบาลต้องมีการประเมินการสื่อสารของผู้ป่วย ว่าการสื่อสาร ด้านใดหรือด้วยสิ่งใดที่ผู้ป่วยเข้าใจดีที่สุด และจัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยให้การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การฝึกพูดเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีการพูดบกพร่อง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหัดแบบฝึกหัดที่นักฝึกพูดให้ทำมาก ๆ โดยให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสื่อสาร (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

3.6.1.4 ปัญหาด้านการรู้คิด ของผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทำให้มีปัญหาในการดำรงชีวิต เช่น การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ จดจำขาดสมาธิ รวมถึงการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม มีความบกพร่องในการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การละเลยส่วนของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรู้คิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้เกิดปัญหาด้านการฟื้นฟูสภาพ จึงมีความจำเป็นต้องให้การดูแลรักษา ซึ่งอาจเป็นการแก้ไขปัญหาโดยตรง ด้วยการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการให้ปฏิบัติจริง การเน้นย้ำพฤติกรรมที่ทำได้แล้ว หรือหาเทคนิควิธีหรืออุปกรณ์มาชดเชยส่วนที่สูญเสียไป การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความบกพร่อง เป็นต้น (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.5 อาการกลืนลำบาก เป็นปัญหาที่พบบ่อย พยาบาลต้องสามารถประเมินการกลืนของผู้ป่วยได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองใหม่ ๆ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินการกลืนทันที เพราะการกลืนลำบากเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนคืออาการสำลัก ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ โดยพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ คือการดูแลรักษาได้แก่ การฝึกกล้ามเนื้อบริเวณปาก ลิ้น คอหอย การดัดแปลงอาหาร การจัดท่า และเทคนิควิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยการกลืน ซึ่งการดูแลภาวการณ์การกลืนลำบากมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ และป้องกันการสำลัก (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.6 ปัญหาด้านการขับถ่าย ที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ

ไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินการกลั้นปัสสาวะในทีนทีที่เข้ารับการรักษา นอกจากเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมองแล้ว การมีปัสสาวะเล็ด ยังอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารร่วมด้วย พยาบาลต้องวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ซึ่งการดูแลรักษาจะต้องมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดปัสสาวะเล็ด ส่วนอาการท้องผูก แก้ไขโดยให้น้ำให้เพียงพอ ให้อาหารที่มีกากใยมากขึ้น การจัดเวลาขับถ่ายที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ของการ ดูแลรักษา เพื่อป้องกันภาวะปัสสาวะ หรืออุจจาระเล็ดราด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของผู้ดูแล ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งความสามารถทางกาย ความสามารถในการเรียนรู้ ภาวะแทรกซ้อน แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.7 ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ปัญหาที่พบบ่อย คือ ข้อไหล่หลุดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดการปวดไหล่ ซึ่งอาการปวดไหล่จะทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ซึ่งจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงไม่ได้รับการแก้ไขต่อมาจะเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก สูญเสียการทรงตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผิดปกติ การดูรักษาด้วยการฟื้นฟูสภาพแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการใช้เทคนิคพิเศษ ซึ่งการดูแลรักษาทางด้านการแพทย์ทั่วไปที่ช่วยลดความเครียดทางกายที่อาจกระตุ้นให้เกิดกล้ามเนื้อแข็งเกร็งมากขึ้น การจัดท่า การออกกำลังกายเพื่อให้การทำงานของข้อคงเดิม การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงและการให้ยาเพื่อลดอาการเกร็งหรือฉีดยาเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเฉพาะที่การประเมินผู้ป่วยที่ดีและช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และกลับสู่สังคมได้อย่างปกติมากที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.8 การรับความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการเสียความรู้สึกอาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัว และการประสานการเคลื่อนไหว ต้องแนะนำให้ผู้ดูแลตรวจผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตรวจสอบความแม่นยำในการจับสิ่งของ และช่วยการทรงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.9 ปัญหาด้านกลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) เนื่องจากผู้ที่สามารถเผชิญปัญหาได้น้อย จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามาก การดูแลผู้ป่วยเน้นให้ทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

3.6.1.10 ปัญหาภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบ พลัน มีภาวะมีเศร้าสูงถึงร้อยละ 25 -79 (Shirley et al., 2006; Johnson et al., 2006; Suzanne and Collo, 2007; Huang et al., 2010) การให้ความช่วยเหลือทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จากครอบครัว และทีมผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และดูแลผู้ป่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงหรือหายไป พยาบาลควรปฏิบัติตามแนวการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า

จากปัญหาดังกล่าวมาแล้วนั้น พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อการบำบัดและการรักษา ให้การดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับผู้ป่วย โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างสงบและเป็นกำลังใจให้อย่างเหมาะสม ดังนี้

3.6.2.1 การค้นหาปัญหา โดยพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยในทุกด้านทั้งการประเมินร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจมีปัญหาเดียวหรือหลายปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความสามารถในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง พยาบาลจึงต้องวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

3.6.2.1.1 ปัญหาทางร่างกาย พยาบาลให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ การับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนหรือให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ การขับถ่ายได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (วาทินี สุขมาก, 2556)

3.6.2.1.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ พยาบาลต้องประเมินภาวะซึมเศร้าได้ และประเมิท่าทีของการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง และคอยกระตุ้นรวมทั้งเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างสงบและเป็นกำลังใจให้อย่างเหมาะสม เคารพและให้เกียรติโดยการยอมรับในปัญหา และให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีท่าทีที่เนมิตร ไม่เร่งรีบ ควรให้เวลากับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพราะพูดช้า (วาทินี สุขมาก, 2556)

3.6.2.1.3 ด้านสังคม พยาบาลต้องกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเริ่มจากกลุ่มเล็ก ๆ ก่อน ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมโดยจัดเวลาทำกิจกรรมและกระตุ้นให้ทำตาม สนับสนุนให้บุคคลใกล้ชิด เช่นคนในครอบครัว เพื่อนสนิทช่วย

ประคับประคอง และช่วยดูแล ส่งเสริมการทำกิจกรรมการเรียนรู้ และพัฒนาทางสังคม เช่น ความเป็นตัวของตัวเองและการสร้างสัมพันธภาพ (วาทินี สุขมาก, 2556)

3.6.2.2 การวางแผนแก้ไขปัญหาตามลักษณะที่พบทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

3.6.2.2.1 ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรักษาแหล่งสนับสนุนต่างๆ โดยใช้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยขาด มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับความจริง

3.6.2.2.2 ผู้ป่วยขาดแนวทางในการปฏิบัติ หรือดำเนินชีวิตช่วยเหลือโดยการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นแนวทางในการเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น

1) ผู้ป่วยซึมเศร้า ในบางครั้งไม่อยากทำอะไร จึงต้องช่วยกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งพยาบาลต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนการพยาบาลร่วมกัน

2) หากผู้ป่วยกังวลเรื่องการทำงาน บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่ออาการดีขึ้นเขาจะสามารถทำงานได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ปกปิดข้อมูลพยาบาลควรต้องประสานงานเพื่อให้หัวหน้างานของผู้ป่วยได้มีโอกาสรับทราบแนวทางการรักษา เพื่อวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ทำงานตามสมรรถภาพของร่างกาย

3) ในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามากๆ ต้องค่อยๆ กระตุ้น ในรายที่ต้องตัดสินใจ ให้เลื่อนการตัดสินใจไปก่อน

4) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นในรายที่ซึมเศร้ายังไม่ต้องกระตุ้น แค่ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน

5) แนะนำให้ญาติเข้าใจว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

6) หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องให้ญาติดูแลใกล้ชิดสังเกตพฤติกรรม คอยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ หรือว่ากล่าวให้ผู้ป่วยเสียใจ หลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง และเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจจะสามารถใช้ทำร้ายตนเองได้ออกจากห้องผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ที่เป็นของแหลมคม มีด ส้อม อุปรณ์ที่ทำจากแก้วเช่น แก้วน้ำ ขวดแก้ว

3.6.2.2.3 สอบถามถึงแหล่งที่เคยช่วยเหลือ และวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยกระตุ้นให้คิดเช่น สิ่งที่คอยสนับสนุนในครอบครัว สิ่งเหนี่ยวรั้งจิตใจ ค้นหาความสามารถในอดีต เป็นต้น

3.6.2.2.4 ใช้หลักของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยาบาลต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดีและมีการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยการใช้หลักการ ดังนี้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546. อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548)

1) การยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลต้องเปิดใจยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2) พยาบาลใช้เทคนิคและคำพูด และท่าทีแสดงถึงความเห็นใจและเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และความทุกข์ของตนและพยาบาลต้องรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

4) การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มเข็งในการเผชิญปัญหาให้คำปรึกษาและการฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสถานะการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้นมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์

5) การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขอนามัยของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง พยาบาลควรกระตุ้นให้ญาติให้กำลังใจและใส่ใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และอยากฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ

6) การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลที่คุ้นเคย และได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยโดยวางแผนให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านได้เร็วที่สุด และแนะนำแหล่งบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผลต่อการฟื้นฟูสมรรถนะร่างกายของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะกลัวเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองมิได้เป็นเช่นเดิม มีการจำกัดกิจกรรมและการกระทำของตนเอง ทำให้เกิด

การหดหู่ ท้อแท้ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการมากกว่าอาการที่ควรเป็นจริง จึงทำให้ผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากยิ่งขึ้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเมืองไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษาผู้วิจัย จึงทบทวนวรรณกรรมที่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ 9 เรื่อง และกึ่งทดลอง 1 เรื่อง และทบทวนงานวิจัยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

Sinyor et al. (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กับความพร่องในหน้าที่ กลวิธีการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอิทธิพลของภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผลลัพธ์ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 164 ราย พบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 22 และระดับรุนแรงร้อยละ 25 พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลวิธีการเผชิญปัญหาระดับต่ำ จะส่งให้ผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพต่ำด้วย พบว่า กลวิธีการเชิญปัญหาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$)

Wade et al. (1986) ศึกษาอาการพูดลำบากภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติของผู้ป่วยและภาวะพร่องของผู้ป่วย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสื่อสารกับความพร่องในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำนวน 976 ราย เมื่อเริ่มทำการศึกษามีผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจนครบ 6 เดือน จำนวน 713 รายคิดเป็นร้อยละ 73 พบว่า ผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่มเข้าร่วมการศึกษามีภาวะความพร่องทางการสื่อสารจำนวน 545 ราย เมื่อติดตามไปครบ 6 เดือนพบว่า มีความพร่องทางการสื่อสารผู้ป่วยจำนวน 470 ราย ที่มีปัญหาด้านการพูด และอาการดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน ร้อยละ18 และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการสื่อสารมากมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p <.01$) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 8 รายจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการสื่อสารจำนวน 30 ราย ที่ตอบแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า

Ramasubbu et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กับความพร่องในการทำหน้าที่เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพร่องทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังจาก 24 ชั่วโมง ที่ไม่มีภาวะชักไม่มีปัญหาทางด้านความบกพร่องทางระบบประสาท พบว่า มีผู้ที่คะแนน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) มากกว่า 16 จำนวน 160 ราย ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง 80 ราย และระดับรุนแรง 80 รายเท่ากัน เป็นเพศหญิง 92 รายเพศชาย 68 ราย ผู้ที่สถานภาพสมรส มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือร้อยละ 45.63 เพศหญิงมีภาวะพร่องในการทำหน้าที่มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01และพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ในการทำหน้าที่ก่อนและหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ที่ไม่ มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

Smith (1998) ศึกษาการเผชิญปัญหาและความพึงพอใจในชีวิตภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อศึกษากลวิธีการเผชิญปัญหาและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเกิดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำการศึกษาในผู้ป่วยและคู่สมรสที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่เข้าร่วมการศึกษา ในช่วง 6-12 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 73 คู่ ผู้ป่วยมีอายุผู้ป่วย 60 ปีขึ้นไป คู่สมรสส่วนใหญ่อายุ ต่ำกว่า 60 ปี พบว่า คู่สมรสมีความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ป่วย ทางด้านกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยก็จะเป็นแนวทางบวกมากกว่าคู่สมรส ในเรื่องการยอมรับอาการของโรค ผู้ป่วยยังจัดการเรื่องปัญหาความปวด การแก้ปัญหาได้ดีกว่าคู่สมรส และนอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการจัดการปัญหา

Kauhanen et al. (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับความพร่องทางด้านการรู้คิดและความพร่องทางจิตประสาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาการทางด้านจิตประสาท อาการของโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าใน 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53 พบว่า เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 44 และภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงร้อยละ 9 และเมื่อติดตามประเมินผู้ป่วยที่ 12 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 26 และ

ภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงร้อยละ 16 ผลการวิจัยด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) พบว่าความพร่องทางด้านการสื่อภาษาที่มีมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากการศึกษานี้เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังเกิดโรคครบ 1 ปี พบว่าร้อยละ 47 ที่มีภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงมีปัญหาทางด้านการสื่อภาษา และพบว่าการต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก และมีความพร่องในการทำหน้าที่มากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งใน 3 เดือน และ 12 เดือน

House et al. (2001) ศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ 12 และ 24 เดือน น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 เดือน ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในผู้ป่วยชาวจีน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นเวลา 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้า 100 รายไม่เกิดภาวะซึมเศร้า 348 ราย ในจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง 53 ราย การปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้น้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเพศหญิงที่มีคะแนนด้านการรู้คิดที่ต่ำสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น และพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 12 และ 24 เดือน

Berg et al. (2002) ศึกษาภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการติดตามประเมินอาการเป็นเวลา 18 เดือน เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 18 เดือน ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย โดยประเมินภาวะซึมเศร้าที่ 2 สัปดาห์ 2 เดือน 6, 12 และ 18 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงร้อยละ 54 ในช่วงของเวลา 18 เดือน และพบว่ามี ร้อยละ46 ที่เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 เดือนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ยังมีภาวะซึมเศร้าไปจนถึง 12 ถึง 18 เดือน และอาการของภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับรอยโรคในสมอง

Thomas and Lincoln (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อแรกเริ่มเข้าร่วมงานวิจัย และ ภายหลัง 6 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะทั้งในช่วงคัดเลือก และ เมื่อติดตามครบ 6 เดือน จำนวน 112 ราย พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 77 รายและ ระดับรุนแรง 46 ราย ในช่วงคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยและเมื่อ

ติดตามประเมินที่ 6 เดือน พบว่า 84 รายไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยและพบระดับรุนแรง 28 ราย

Sit et al. (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชาวจีนในฮ่องกง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกพบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 69 ที่ (T1) และร้อยละ 48 (T2) และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ ($p<.001$) แต่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p< .001$)

Huang et al. (2010) ได้ศึกษา Mediating roles of social support on poststroke Depression and quality of life in patients with ischemic stroke เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.1 โดยมีค่าคะแนน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่ 16 และสูงกว่าโดย CES-D มีค่าความเที่ยงภายใน ($\alpha = 0.86$) และพบว่าระดับความแปรปรวนแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือมีค่าที่ -1 ถึง + 1 และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความเชื่อถือได้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ที่ค่า (α=.09)พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูง สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต่ำและมีคุณภาพชีวิตต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ($p < .001$) และพบว่า การลดลงของภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

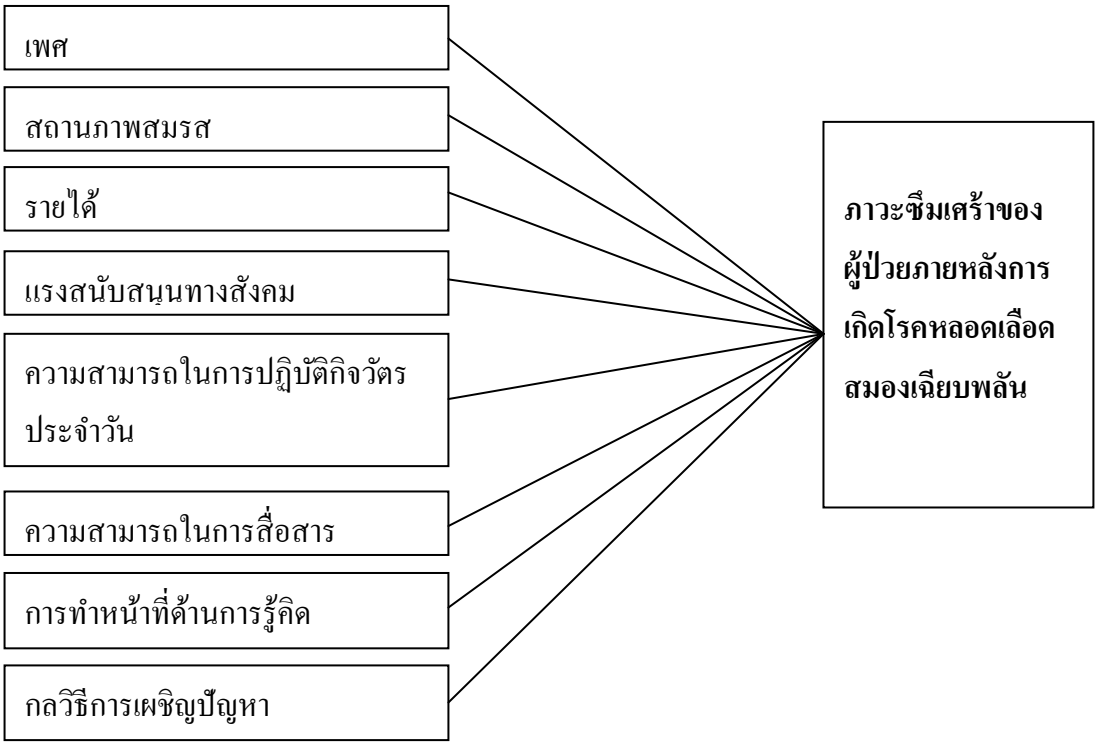
ภาพันธ์ เจริญสวรรค์ (2545) ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 38.8

มณฑล ว่องวันดี (2552) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง เพื่อศึกษาปัจจัยตำแหน่งรอยโรคสมองขาดเลือดซีกซ้ายโดยการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือภาพสะท้อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองกับภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน และเพื่อ

ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคม ความบกพร่องด้านการรู้คิด ความรุนแรงและความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองตีบตันกับภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 53.8 และผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสมองขาดเลือดซีกขวาร้อยละ 46.2

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดได้แตกต่างกัน การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้ดี เมื่อไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหาและความสามารถในการสื่อสาร มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพื่อช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้ดีขึ้น และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น หรือหายจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด

5 . กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อายุ 18- 59 ปี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังออกจากโรงพยาบาลจน 18 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

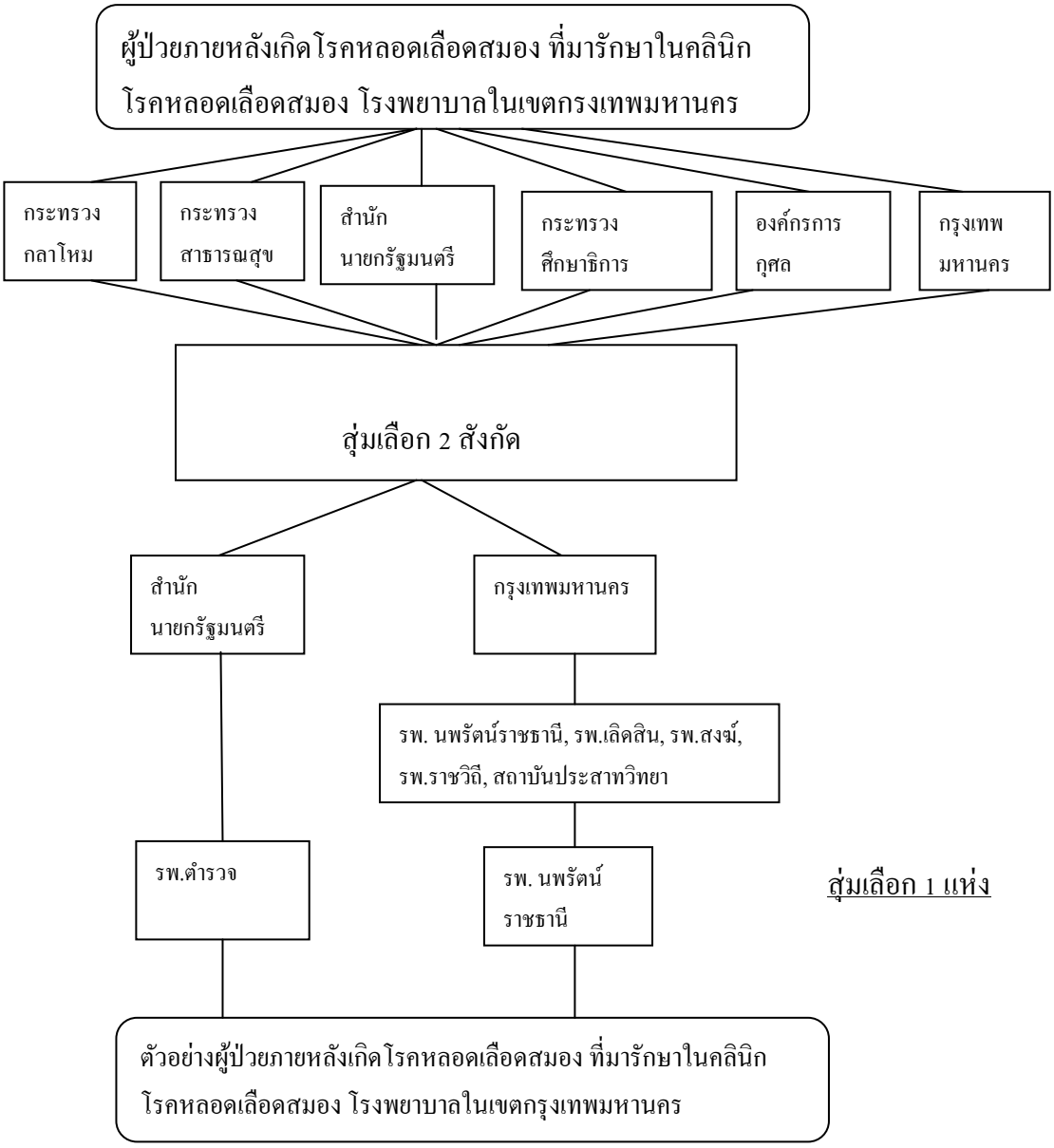
1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndik (1978) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

N =10K + 50 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา (ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว)

N = 9 (10) + 50 = 140 ผลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 140 ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 170 ราย

2. เลือกสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

การสุ่มตัวอย่าง



โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล ต้องการกลุ่มตัวอย่างตามสังกัดในอัตราส่วน 1:3 จึงทำการสุ่มเลือกสังกัด 2 ครั้ง ดังนี้ สุ่มเลือกได้มา 2 ใน 6 สังกัด ได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

2.2 สุ่มโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 2 สังกัด ดังนี้

2.2.1 สุ่มเลือกโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีโรงพยาบาลเดียวจึงไม่ต้องทำการสุ่ม

2.2.2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมี 5 แห่ง คือโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา สุ่ม 1 ใน 5 แห่ง ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

3. ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและได้รับการรักษาต่อเนื่องภายหลังจากเกิดโรค จนถึง 18 เดือน

3.2 อายุตั้งแต่ 18- 59 ปี

3.3 ระดับคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 10 ขึ้นไป

3.4 ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

3.5 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย

3.6 ไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตประสาทมาก่อน

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการชัก หมดสติ หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

4.การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.1 เลือกผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจรักษาในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากโรงพยาบาลตัวอย่างแต่ละแห่ง

4.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ แล้วจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย โดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลตำรวจ มีจำนวนประมาณ 420 คน ต่อเดือนและ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี มีจำนวนประมาณ 100 คน ต่อเดือน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 520 คน ขนาดตัวอย่างที่กำหนด คือ 170 คน ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงคำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง (Interval) ใช้สูตร I = N/n (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550: 192) เมื่อแทนค่าแล้วจะได้ช่วงของการสุ่มเลือกตัวอย่างเท่ากับ 520/170 = 3 ผู้วิจัยจึงกำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่ม คือ 3 คน หรืออัตราส่วน 1: 3 คน

4.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ตัวอย่างวันละ 5-10 คน/ แห่ง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 170 คน

ตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 170)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	48.2
หญิง	88	51.8
อายุ	Min = 31 , Max = 59	Mean = 50.65 , SD = 6.96
สถานภาพสมรส		
คู่	113	66.5
โสด	19	11.2
อื่น ๆ	38	22.4%
รายได้		
น้อยกว่า 10,000	18	10.6
10,001 -15,000	43	25.3
มากกว่า 15,000	109	64.1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส โดยลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ รายได้ ให้เติมในช่องว่าง และ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาให้เลือกตอบตามหัวข้อที่กำหนดให้ไว้เลือก ซึ่งส่วนนี้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ส่วนระยะเวลาการเกิดโรคเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองโดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร ภายานอก (2549) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองและผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยง โดยมีดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน

5 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนั้น คะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมสูง (อำนวยพร ภายานอก, 2549) กำหนดเกณฑ์การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1.00– 1.75 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

1.76 – 3.5 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

3.6 – 5.00 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา content validity index: CVI $\geq$ 0.80 (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2553)

โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สดอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สตูรการคำนวณ CVI =$\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคถามทั้งหมด}}$

ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .83 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในทุกข้อให้ระบุ ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นำหน้าทุกข้อคำถาม และปรับภาษาและคำในบางข้อ คือ ข้อ 2 ท่านและเพื่อนชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แก้เป็น ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกว่ามีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เมื่อท่านต้องการ ข้อ 3 มีคนรักและเอาใจใส่คุณ แก้เป็น ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีคนรักและเอาใจใส่ ข้อ 4 มีคนที่ร่วมงานสังคมและร่วมงานสังสรรค์คต่าง ๆกับท่าน แก้เป็น ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกว่ามีญาติ พี่น้องหรือเพื่อนฝูง มาร่วมงานสังสรรค์ ต่าง ๆ กับท่าน ข้อ 9 เมื่อท่านอารมณ์เสียท่านสามารถหาคนที่ระบาย แก้เป็น ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อท่านอารมณ์เสียท่านสามารถหาคนที่ระบายความรู้สึกได้ และตัดออก 3 ข้อคือ ข้อคำถามที่ 13 ท่านชอบ

ที่จะร่วมทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ข้อ 16 ท่านมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว และข้อ 17 เพื่อนร่วมงานบอกว่าท่านทำงานดี ซึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นว่า ทั้ง 3 ข้อคำถามไม่ได้บ่งบอกว่าจะมีคนคอยช่วยเหลือ ข้อคำถามส่วนการสนับสนุนทางสังคมปรับเหลือเพียง 15 ข้อ ซึ่งการตัดข้อคำถามออก 3 ข้อแล้วทำการตรวจสอบโครงสร้างของแบบสอบถามพบว่า ข้อคำถามยังประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมลูที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.87 และเมื่อเก็บข้อมูลจนตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 150)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการใช้ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย (2550) ดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2541 อ้างถึงใน ภัทราภร วิริยวงค์, 2551)

100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด
75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ≥ 0.80 (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต ,2553) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร เท่ากับ 1.0 และผู้ ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในบางข้อ ดังนี้ กิจกรรมที่ 2 การขึ้นเตียง ในช่องที่ให้คะแนน (15) ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง แก้เป็น ลุกนั่งได้โดยไม่มีคนช่วยเหลือ ยกเท้าวางบนรถเข็นโดยไม่มีคนช่วยเหลือ กิจกรรมที่ 7 ในช่องที่ให้คะแนน (10) จากข้อความเดิม ขึ้นบันได้เองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย แก้เป็น ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวโดยไม่มีคนช่วย

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมลูที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.84 และเมื่อเก็บข้อมูลตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 151)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การสื่อสารภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (The Communication Outcome after Stroke: (COAST)) Long et al. (2008) ที่ผู้วิจัยแปลจากฉบับภาษาอังกฤษ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความสามารถทางการพูดและการสื่อภาษาของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการสื่อสารของตนเอง วัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือนี้เพื่อให้มีเครื่องมือที่เชื่อถือได้ และสามารถใช้วัดได้จริงในทางคลินิก เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเบื้องต้นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ได้พัฒนาแบบประเมินจำนวน 29 ข้อ จากนั้นได้ทบทวนแบบประเมินใหม่เหลือจำนวน

20 ข้อ ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 102 ราย และทำการทดสอบซ้ำพบว่ามีค่าความตรงภายใน และความเชื่อถือได้อยู่ที่ระดับ (∞ = 0.83–.92; ICC= .72–0.88)

เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ (Long et al., 2008)

4 = ดีมาก หมายถึง ทำได้ดีมาก หรือเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

3 = ดี หมายถึง ทำได้ดี หรือเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง

2 = ปานกลาง หมายถึง ทำได้แต่ไม่คล่องแคล่ว หรือเกิดขึ้นได้น้อยครั้ง

1= น้อยมาก หมายถึง ทำได้ด้วยความยากลำบาก หรือเกิดขึ้นได้น้อยครั้งมาก

0 = ไม่เลย หมายถึง ทำไม่ได้เลย หรือไม่เกิดขึ้นเลย

เกณฑ์การแปลผล การประเมิน คิดเป็นเปอร์เซ็น โดยคะแนนรวม 20 ข้อ หากตอบดีมาก หรือตอบ 4ทุกข้อ จะได้ 80 คะแนน คิดเป็น 100 เปอร์เซ็น การคิดผลลัพธ์ของแบบประเมินนี้โดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม คิดเป็นเปอร์เซ็นของความสามารถในการสื่อสารของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคน ซึ่งเปอร์เซ็นมาก หมายถึง มีความสามารถในการสื่อสารสูง (Long et al., 2008)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) $\geq$ 0.80 (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2553) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .85 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในบางข้อ ดังนี้ ข้อ 1)ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านสามารถบอกความหมายของ คำว่า “ใช่” “ไม่ใช่” ได้เท่าใด แก้เป็น ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านสามารถบอกว่าสิ่งใด มีความหมาย “ใช่” “ไม่ใช่” ได้อย่างไร ข้อ 2) วันนี้ ท่านสามารถใช้ตัวช่วยอื่นมาใช้ในการสื่อสารของท่าน (เช่น การชี้ การเขียน) ได้อย่างไร แก้เป็น วันนี้ ท่านสามารถใช้วิธีการอื่นมาช่วยในการสื่อสารของท่าน (เช่น การชี้ การเขียน) ได้อย่างไร ข้อ 11) ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถเขียนได้เป็นอย่างไร แก้เป็น ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาความสามารถในการเขียนของท่านเป็นอย่างไร

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมลูที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.84 เมื่อเก็บข้อมูลตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 152)

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini – Mental State Examination: Thai version หรือ MMSE ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545) เพื่อใช้ตวจวัดสมรรถภาพสมอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามแบบสอบถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยถามคำถามและทำตามคำบอก จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1. สภาพด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตแบบประเมินในส่วนนี้ คือ การแนะนำให้รู้จกั สถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิกิริยาต่อการตอบสนองและ 3) ความสามารถในการเลียนแบบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัย การทำหน้าที่ด้านรู้ คิดบกพร่อง

(คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542)

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

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ≥ 0.80 (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2553) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.0 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บางข้อ ดังนี้ ทุกข้อที่มีคำเรียกสรรพนามให้เปลี่ยนสรรพนามจากคุณ ตา ยาย แก้เป็น คุณ และ ข้อ 4. ของคำถามเกี่ยวกับ Orientation for time ที่ถามว่าปีนี้ปีอะไร แก้เป็น ปีนี้ พ.ศ. อะไร

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมลูที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.71 และเมื่อเก็บข้อมูลจนตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 153)

ส่วนที่ 6 แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบวัดกลวิธีการจัดการปัญหาที่ผู้วิจัยแปลจากแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Sorlie and Sexton, 2000) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างจากแนวคิด กลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งมีการดัดแปลงจาก WOC ของ Lazarus and Folk man (1984) เนื่องจาก WOC เป็นแบบสอบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาที่สร้างขึ้นเพื่อใช้กลุ่มตัวอย่างทั่วไปที่ไม่ได้เจ็บป่วย รูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหาจึงเป็นแบบทั่วไป เช่น กลวิธีการเผชิญปัญหาของเด็กนักเรียน กลวิธีการเผชิญปัญหาของคู่สมรส สำหรับแบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ Sorlie and Sexton, (2000) สร้างขึ้นเป็นรูปแบบที่ตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการมุ่งแก้ไขปัญหา และด้านมุ่งหลีกหนีปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ ซึ่งผู้วิจัย

ดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหลือ 20 ข้อ แบ่งการจัดการปัญหาออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.ด้านการมุ่งแก้ไขปัญหา มี 5 วิธี (14ข้อ) คือ การเผชิญปัญหามี 3 ข้อ คือข้อ 1, 2 และข้อ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหามี 2 ข้อ คือข้อ 15 และ16 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมี 3 ข้อ คือข้อ 8,9 และข้อ10 การรับผิดชอบต่อปัญหามี 2 ข้อ คือข้อ 11 และ 12 และการประเมินค่าใหม่ในทางบวกมี 4 ข้อ คือ ข้อ 17 ถึงข้อ 20

2. ด้านการหลีกหนีปัญหา มี 3 วิธี (6 ข้อ) คือ การควบคุมตนเอง 2 ข้อ คือข้อ 6 และข้อ7 การออกห่างจากปัญหามี 2 ข้อ คือข้อ 4 และข้อ 5 และการคิดและการกระทำที่หลีกหนีปัญหา 2 ข้อ คือ ข้อ 13 และ14

โดยลักษณะการตอบคำถามใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่ง Sorlie and Sexton (2000) ได้ทำการศึกษาแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยปรับระดับการวัดจาก 4 ระดับเป็น 5 ระดับ พบว่าผลการวัดไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามด้านการมุ่งแก้ไขปัญหามีค่าคะแนนในทางบวก ดังนี้

ทำบ่อยมาก 5 คะแนน

ทำค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน

ทำและไม่ทำพอ ๆ กัน 3 คะแนน

ไม่ค่อยได้ทำ 2 คะแนน

ไม่เคยเลย 1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามด้านการหลีกหนีปัญหามีค่าคะแนนในทางลบ ดังนี้

ทำบ่อยมาก 1 คะแนน

ทำค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน

ทำและไม่ทำพอ ๆกัน 3 คะแนน

ไม่ค่อยได้ทำ 4 คะแนน

ไม่เคยเลย 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน หลังจากรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด และแปลผลคะแนนดังนี้

81– 100 คะแนน: ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมระดับสูง

61 – 80 คะแนน: ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมระดับปานกลาง

41 – 60 คะแนน: ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมระดับต่ำ

20 – 40 คะแนน: ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาอย่างไม่เหมาะสม

โดยผู้ที่มีการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมจะต้องเป็นผู้ที่มีการมุ่งแก้ไขปัญหาสูงและหลีกหนีปัญหาต่ำ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ≥ 0.80 (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2553) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .95 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บางข้อ ดังนี้ ข้อ1. ท่านเข้าใจตัวเองและท่านต่อสู้เพื่อสิ่งที่ท่านต้องการ แก้เป็น ท่านเข้าใจตัวเองและท่านต่อสู้เพื่อตัวเอง และข้อ7. ท่านไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่า มีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น แก้เป็น ท่านไม่แสดงให้ผู้อื่นรู้ว่า มีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .89 และเมื่อเก็บข้อมูลจนตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 154)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย 9 หรือThe Patient Health Questionnaires -9 (PHQ-9) เป็นแบบประเมิน 9 ข้อที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถใช้แบบสอบถามนี้ประเมินตนเองได้ และใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที จากการนำไปใช้กับ

ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Williams et al. (2005) พบว่าแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9 ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ ≥10 ขึ้นถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.91, specificity = 0.89) และมีฉบับแปลภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล (2008) การคิดคะแนนผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) ใช้มาตรวัดที่ Likert scale 4 ระดับ ใช้เกณฑ์การประเมินที่เริ่มจากคะแนน 0 ถึง 3 รายละเอียด ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27

เกณฑ์การวินิจฉัยมีดังนี้ (Lortrakul et al, 2008)

0-4 คะแนนไม่มีอาการ

5-8 คะแนน อาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า

9-14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย หรือ Dysthymia

15-19 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

>20 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย PHQ 9 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 4 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥ 0.80 content validity index: CVI (Polit and Humgler, 1995 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2553) ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .87 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ไม่มีข้อเสนอแนะหรือให้แก้ข้อคำถาม

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.90 และ

เมื่อเก็บข้อมูลจนตัวอย่างครบ 170 คน จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 (แสดงผลในภาคผนวก ง หน้า 155)

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับหนังสือตอบรับการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าศูนย์โรคหลอดเลือดสมองและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัยตามวันเวลาดังนี้

โรงพยาบาล	วันที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	วันจันทร์และ วันอังคาร	16.00-20.00น.
โรงพยาบาลตำรวจ	วันพุธ พฤหัสบดี และวันศุกร์	08.00-16.00น.

2. ขั้นการดำเนินการ

2.1 สำรวจแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนเวลาที่จะเริ่มทำการบริการของคลินิกในวันที่ได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วเลือกเก็บตัวอย่างเป็นช่วงในอัตรา 1: 3 คน

2.2.ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองในคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว และเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมหาปัจจัยที่คัดสรรหากผู้ป่วยยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2.3 หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พิทักษ์สิทธ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ แล้วผู้วิจัยจึงให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในตอบแบบแบบสอบถาม ขณะรอรับการตรวจจากเจ้าหน้าที่ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

2.4 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วขณะมารอรับยาที่ห้องจ่ายยา

2.5 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบทุกข้อคำถาม หากไม่ครบถ้วน แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์

2.6 เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน170 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยการตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยจะเป็นความลับ และเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วย ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างหรือหลังจากที่ทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ และรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรทราบทันที เพื่อให้มีการรายงานแพทย์ผู้รักษา และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูลของแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายละเอียดดังนี้

3. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

4. วิเคราะห์ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ 120 คน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานีจำนวน 50 คนรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ระดับความซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	74	43.5
อาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า	73	42.9
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย หรือ Dysthymia	21	12.4
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	0	0
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	2	1.2

รวม	170	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ มีอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า	0	21	5.37	3.45	อาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 (SD = 3.45) ซึ่งอยู่ในระดับอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 21คะแนน ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน

ตารางที่ 4 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและกลวิธีการเผชิญปัญหา

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม (15-75)	41	73	58.41	7.81	สูง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15	100	89.53	16.81	มาก
ความสามารถในการสื่อสาร (20-80)	26	80	60.61	13.61	สูง
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (14-30)	8	30	25.42	5.13	ไม่บกพร่อง
กลวิธีการเผชิญปัญหา (20-100)	37	90	68.29	12.24	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.41 (SD = 7.8) มีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.52 (SD = 16.61) มีความสามารถในการสื่อสารระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.61 (SD = 13.61) กลุ่มตัวอย่างไม่มีความพร่องด้านการรู้คิด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.42 (SD = 5.13) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีการจัดการปัญหาในอย่างเหมาะสมระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.29 (SD = 12.24)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในขณะที่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ค่าสถิติไค-สแควร์ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ตัวแปร	ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (df)		Asymp. Sig	p-value
เพศ	40.10	(df 3)	.002	<.05
สถานภาพสมรส	253.98	(df 6)	.000	<.05
รายได้	108.51	(df 9)	.062	>.05

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การสนับสนุนทางสังคม	1					
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.274**	1				
3. ความสามารถในการสื่อสาร	.609**	.340**	1			
4. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.219**	.311**	.453**	1		
5. กลวิธีการเผชิญปัญหา	0.14	-.260**	0.087	.250**	1	
6. ภาวะซึมเศร้า	-.409**	-.174*	-.594**	-.475**	-0.075*	1

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.409) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.174) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.594) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.475) ซึ่ง

เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

และกลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่ากลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ และ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ที่มีอายุระหว่าง18-59ปี ที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndik (1978) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

N = 10K + 50 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา (ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว)

N = 9 (10) + 50 = 140 ผลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 140 และป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการผิดพลาดของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ 140 + 30 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 170 ราย

2. สุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศลได้มา 2 ใน 6 สังกัด ด้วยใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สุ่มโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 2 สังกัด ดังนี้ สุ่มเลือกโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งโรงพยาบาลเดียวจึงไม่ต้องทำการสุ่ม และสุ่มเลือกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมี 5 แห่ง คือโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา สุ่ม 1 ใน 5 แห่ง ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

จากการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอยุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ 120 คน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 50 คน ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2556 และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและได้รับการรักษาต่อเนื่องภายหลังจากเกิดโรค จนถึง 18 เดือน

3.2 อายุตั้งแต่ 18- 59 ปี

3.3 ระดับคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 10 ขึ้นไป

3.4 ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

3.5 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย

3.6 ไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตประสาทมาก่อน

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการชัก หมดสติ หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 170 คน ไม่พบว่ามีผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการชัก หมดสติ หรืออยู่ในระยะวิกฤติขณะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลการ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมิน

ความสามารถในการสื่อสาร แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .87, .84, .94, .71, .89 และ.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.8 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 48.2 อายุเฉลี่ย 50.65 ปี (SD = 6.96) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.5 และส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 64.1

2. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจำนวน 170 คน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 คะแนน รองลงมามีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.37 (SD=3.54) แสดงว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นเป็นภาวะซึมเศร้า

3. เพศ สถานภาพสมรส และรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

4. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.409, -.174, -.594, -.475 และ -.075) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 43.5 มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงกับมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 42.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย หรือ Dysthymiai คิดเป็นร้อยละ 12.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 (SD = 3.45) ซึ่งอยู่ในระดับอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑล ว่องวันดี (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 53.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาพันธ์ เจริญสวรรค์ (2545) ที่พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 38.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sinyor et al. (1986) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 22 และระดับรุนแรงร้อยละ 25 Ramasubbu et al. (1998) ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจาก 24 ชั่วโมง พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และระดับรุนแรงร้อยละ 50 ซึ่งบ่งบอกว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน สามารถอธิบายตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) และทฤษฎีพฤติกรรม (behavioral theory) (Beck,1967) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตคือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่บางรายสามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้แต่ต้องมารับการรักษา

อย่างต่อเนื่อง บางรายไม่สามารถรักษาให้หายขาดเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ บางรายสื่อสารไม่ได้หรือลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆตามมาเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางรายไม่สามารถรักษาให้หายขาดเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลรักษา ที่มีค่าใช้จ่ายสูง บางรายสื่อสารไม่ได้หรือลดลง ทำให้มีปัญหาทางด้านสังคม ไม่สามารถกลับไปทำงาน หรือถูกให้ออกจากงาน ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะวิกฤตเช่นนี้ จะมีกระบวนการคิดพิจารณาที่บิดเบือนไปจากความจริง หรือพิจารณาทางลบมากกว่าทางบวก ทำให้เกิดการรับรู้ในทางลบ เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Beck, 1967) ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan,2000) ผู้ป่วยจะมองตนเองว่าไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่มีความหวังในอนาคต รู้สึกเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่มีสิ่งใดน่ารื่นรมณ์ ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยมักตีความสิ่งต่าง ๆในทางลบ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ และคิดว่าตนเองล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในทางลบนี้จะทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนพอ ๆ กันคือ เพศชายร้อยละ 48.2 เพศหญิงร้อยละ 51.8 และพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงรุนแรง มีจำนวน 21 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 3 คนซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Burvill et al. (1995), Kolita et al.(1998), Sergio and Robinson (1998), Berg et al.(2002) ที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากวัฒนธรรมไทยที่ส่วนใหญ่แล้วระบุว่าเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมีภาระรับผิดชอบในการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง การศึกษาครั้งนี้มีข้อมูลสนับสนุนทางด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยที่ 50 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพได้เหมือนเดิม จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เพศชาย มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ostir et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่สมรสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เป็นโสด สามารถอธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากผู้ที่สมรสแล้วมีภาระผูกพันกับคู่สมรสและบุตร มีภาระรับผิดชอบที่ต้องเป็นผู้ดูแล หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมรสแล้วมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่เป็นโสด

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p >.05 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Marmot et al. (1991 อ้างถึงใน มลฤดี บุราณ, 2548) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้มีรายได้สูง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้สูงไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดขึ้นจากปัจจัยอื่น เช่น ผู้ป่วยบางรายมีรายได้สูงแต่ความสามารถในช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติประจำวันได้น้อย ก็อาจมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าผู้มีรายได้น้อย และในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยบางครั้งเมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีอาจไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramasubbu et al. (1998) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รายได้น้อยบางครั้งก็มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้มากกว่า บางครั้งผู้ป่วยที่รายได้มากกว่าบางครั้งก็อาจมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีรายได้น้อย รายได้จึงเป็นตัวแปรที่ยังต้องทำการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.409) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ Sit et al. (2007), Arlene et al. (2011) และ Angeleri et al. (1999) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับ Cobb (1976) ที่กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับ ข้อมูลที่ทำ ให้ตัวเขาเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขานอกจากนี้เขาเองยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Arlene et al. (2012) ที่พบว่า บทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Jacobson (1986) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล เป็นการที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง หรือหลายคน ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน และทำให้รู้สึกว่าตนมีค่า และตนเองเป็นคนๆหนึ่ง และการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่การได้รับการยอมรับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันอาการที่จะนำไปสู่สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ สามารถอธิบายได้ว่าไม่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นชาวไทยหรือชาวต่างชาติล้วนแล้วแต่ต้องการการสนับสนุนจากสังคม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยป้องกันและลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นตามมาอีกด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำและมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=- .174) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสอดคล้องกับการศึกษาของGainotti et al. (2001) และ Whyte and Mulsant (2002) ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chemerinski et al.(2001) และ Huang et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น จากผลการศึกษาความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน สามารถอธิบายได้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดความพิการหลงเหลืออยู่อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกายอื่นที่มีระดับความพิการเท่ากัน Folstein et al. (1977) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และมีอาการซึมเศร้าน้อย อาจเนื่องด้วยในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรณรงค์ประชาชนให้มีความรู้ในเรื่องอาการและอาการแสดงเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลาซึ่งปัจจุบันเวลาที่ถือว่าเป็นช่วงเวลาทองของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 4.5 ชั่วโมง หลังจากทราบว่ามีอาการ และเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทันในช่วงเวลาดังกล่าว ประกอบกับมีผลการวินิจฉัยที่พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 31 -50 จะมีอาการปกติหรือเกือบปกติ ที่ 3 เดือนหลังการรักษา (พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธ์ ธรรมสโรช, 2552) ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันนี้ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่าผู้ป่วยในอดีต และส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสื่อสารกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการสื่อสารกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.594) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสารเท่ากับ 60.60 (SD = 13.6) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่วนใหญ่มีความสามารถทางด้านการสื่อสารในระดับสูง จึงเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย สามารถอธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ประกอบด้วยการรับรู้ (perception) การประมวลผลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสามารถทางด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูง การที่มีความสามารถ

ทางด้านการสื่อสารสูงจึงอธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการรับรู้ การประมวลผลข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลเป็นไปอย่างดี และสามารถอธิบายการศึกษาของ Wade et al.(1986), Naess et al.(2011) และ Kauhanen et al. (1999) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จึงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและสอดคล้องกับการศึกษาของ Naess et al.(2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านการพูดร้อยละ 27 ดังนั้นความสามารถในการสื่อสารจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสารเท่ากับ 80 นั่นหมายถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารได้เป็นปกติ หรือร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าน้อย ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าอาจเกิดจากการที่เข้ามารับการรักษาได้ทันเวลา และประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีกว่าในอดีตอีกเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.475$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยของความสามารถทางด้านการรู้คิดเท่ากับ 25.42 (SD = 5.13) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่วนใหญ่ไม่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kauhanen et al. (1999) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กับ ความพร่องทางด้านการรู้คิดและความพร่องทางจิตประสาท พบว่า ความพร่องทางด้านการสื่อภาษาที่มีมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ และการดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2550) เมื่อผู้วิจัยพิจารณาค่าเฉลี่ยของความสามารถทางด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีค่าเฉลี่ยด้านการรู้คิดเท่ากับ 25.42 (SD = 5.13) ซึ่งแสดงว่า กลุ่มตัวอย่าง

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่วนใหญ่สามารถทำความเข้าใจ จดจำและดัดแปลงการใช้ข้อมูลมาแสดงออกได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการรู้คิดหรือมีปัญหาน้อย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้าและยังส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพดีไปด้วย ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า กลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำและมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่ากลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinyor et al. (1986) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลวิธีการเผชิญปัญหาระดับต่ำ จะส่งให้ผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพต่ำด้วย และพบว่า กลวิธีการเชิญปัญหาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น สามารถอธิบายว่า กลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางด้านร่างกายพฤติกรรมอารมณ์ และสติปัญญา เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่มากเกินกว่ากำลังของบุคคล เพราะการเผชิญปัญหาบุคคลต้องใช้การประเมิน ตัดสินใจ วางแผน และแก้ปัญหาสิ่งที่ได้ทำลงไป ซึ่งกลวิธีการเผชิญปัญหาจะสำเร็จได้บุคคลต้องพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (Yager, 1989) และสามารถอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนแก้ปัญหาได้ดี จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย และอธิบายได้จาก Lazarus and Folkman (1984 อ้างถึงใน วีณา มิ่งเมือง, 2540) ที่พบว่า บุคคลจะมีวิธีการในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับ ภาวะสุขภาพและพละกำลังของบุคคล (Health and energy) ภาวะสุขภาพและพละกำลังมีผลกระทบต่อวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล บุคคลที่มีสุขภาพดี และมีพละกำลังแข็งแรง ย่อมมีความเข้มแข็งและทนต่อภาวะเครียดได้มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้วิจัยพิจารณาค่าเฉลี่ยของกลวิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ที่มีค่าเฉลี่ยของกลวิธีการเผชิญปัญหาเท่ากับ 68.29 ($SD = 12.24$) กับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.37 ($SD = 3.54$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่ากลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลกาวิจัยไปใช้ เพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

1.ด้านการบริหารทางการพยาบาล

นำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานในหน่วยงานที่ให้การดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทางทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวางแผนการพยาบาลในการดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และจัดประชุมเชิงวิชาการเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่อไปนี้คือ

2.1 พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ควรวางแผนให้การรักษาพยาบาลทีมหสสาขาวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ หรือจิตแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น โดยการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทันที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

2.2 พยาบาลควรประเมิน การสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด ด้วยการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ดูผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน เพราะที่เป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กัน

2.3 พยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นให้การสนับสนุนในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการวางแผนการรักษาของแพทย์และแผนการปฏิบัติพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และวางแผนกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อช่วยสนับสนุนให้ญาติและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งแต่นอนโรงพยาบาล

2.4 พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาเรื่องการสื่อสาร

3. ด้านการศึกษา

แนะนำให้มีการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ว่ามีองค์ประกอบใดบ้างที่มีผลกับภาวะซึมเศร้า เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลอง เพื่อศึกษาแนวทางในการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2550. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพมหานคร: เอ็น. พี. เพรส.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. 2541. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟ เซ็ท.

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. 2544. สุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดิษยา รัตนากร และคณะ. 2550. Current practical guide to stroke mamagement. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สวิชาญการพิมพ์.

ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว. 2554. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธรรมนาถ บุญเจริญ. 2554. แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการใช้. 2554. ธรรมศาสตร์เวชสาร 11 (ธันวาคม –ตุลาคม) : 667-675.

นรีรัตน์ นิลขำ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา. 2552. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงนภัส พันธ์แจ่ม. 2549. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ ด้านการรับรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจพร จันคำ. 2553. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2550. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2555. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องศรี ศรีมรกต. 2553 . การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไอ กรุ๊ป เพรส.

พรภัทร ธรรมสโรช และเพิ่มพันธ์ ธรรมสโรช. 2553. ประสาทวิทยาทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จรัลสนิทวงค์การพิมพ์.

มลฤดี บุราณ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑล ว่องวันดี. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาพันธ์ เจริญสวรรค์. 2545. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทราภร วิริยวงค์, 2551. ปัจจัยคัดสรรทีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รังสิมา หอมเศรษฐี, 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของพนักงานที่ถูกลดค่าตอบแทน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์หลักการและระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้ง 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง. 2541. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์ (วิทยาการระบาด) คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีณา มิ่งเมือง. 2540. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อ

กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์. 2539. วิถีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. 2554. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนันทา สกูลดี. 2551. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระยะยเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุณี สุวรรณพสุ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุขศรี เลิศอารมย์. 2544. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลยมหิดล. 2553. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf (ธันวามคม, 2553)

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2550. สถิติของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. (ออนไลน์)
แหล่งที่มา: http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf

สาธารณสุข,กระทรวง. 2554. สถิติสาธารณสุขปี 2554 . (ออนไลน์)
แหล่งที่มา: http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.6_54.pdf

สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. 2550. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2546. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยสูงอายุในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2554. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้ง 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อิสรีย์กร สุรศรีสกุล. 2555. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำนวยพร ภาษานอก. 2549. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตม, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

American Heart Association. 2011. Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update A Report A Report From the American Heart Association**.** Journal of the American Heart Association. (online). Available from: http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.full.pdf+html (2011, December 15)

American Stroke Association. 2008. Heart disease and stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics subcommittee. Journal of the American Heart Association. (online). Available from: http://circ.ahajournals.org/content/117/4/e25.full.pdf+html (2007, December 17)

Andersen, G., Vestergaard, K., Ingemann, N. M and Lauritzen, L., 1995. Risk factors for post-

stroke depression. The Acta Psychiatrica Scandinavica. (online). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7484197 (1995, September 3)

Angeleri, F., Angeleri, V. A., Fosshi, N., Giaquinto, S., and Nolfe, G., 1993.The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. Journal of the American Heart Association. (online). Available from: chttp://stroke.ahajournals.org/content/24/10/1478.full.pdf+html (1993,September 24)

Ankolekar, S., Geekanage, C., Anderton, P., Hogg, C. and Bath, M.W., 2010. Clinical trials for Preventing post stroke cognitive impairment. Journal of the Neurological Sciences (online). Available form: http://www.podcast-trial.org/PodPublicationAnkolekar2010.pdf (2010, September 19).

Arlene, A. S., Terasa, D., Wanzhu, T., Tamilyn, B., Kurt, K., Hugh, C. H and Linda, S. W., 2012. Depression improvement is related to social role functioning after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. (online). Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999311011439 (2012, June 12)

Astrom, M., Adolfsson, R., and Asplund, K., 1993. Major depression in stroke patients A 3-year longitudinal study. Journal of American Heart Association. (online). Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/24/7/976.long (1993, July 24).

Brandt P.A., Weinert C., 1981. The PRQ-a social support measure. Nursing Research (30): 277–280.

Beck, A.T. 1976. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. Nursing research 45(5) 5-7.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression. New York: Guiford Press.

Beck, A.T., 2008. The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. Americal Journal of Psychaitry (online). Available from: http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3867/08aj0969.PDF (2008, August 8)

Beeber, L. S. and Charlie, M. L., 1998. Depression symptom reversal for women in a primary

care setting a pilot study. Archives of Psychiatric Nursing (5): 247-254.

Berg, A., Heikki, P., Matti L., Jouko, L. and Markku, K., 2003. Poststroke depression: An 18-month follow-up. Journal of American Heart Association. (online). Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/34/1/138.full.pdf+html (2002, December 12).

Bardwell, W. A., 2001.Types of Coping Strategies are Associated with increased depressive symptomsin patients with obstructive sleep apnea. Journal of Sleep Research & Sleep Medicine. (online). Available from: http://www.journalsleep.org/Articles/240805.pdf (2001, September)

Bensink, G. W., Godbey, K.L., Marshall, M. J. and Yarandi, H.N., 1992. Institutionalized elderly: relaxation, locus of control, self-esteem. Journal of Gerontol Nursing. (18): 30 –36.

Brown, P., Guy, M., Broad, J., 2005. Individual socio-economic status, community socio-economic status and stroke in New Zealand: A case control study. Social Science & Medicine (61): 1174–1188.

Burvill, P.W., et al., 1995. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. British Journal of Psychiatry 166 (3): 320-327.

Carmaron, J.I., et al., 2006. Stroke Survivors' Behavioral and Psychologic Symptoms Are Associated With Informal Caregivers' Experiences of Depression. Arch Phys Med Rehabil 87(2): 177-181.

Carson, A. J., MacHale, S., Allen, K., Lawrie, S. M., Dennis, M. and House A., 2000. Depression after stroke nd lesion location: a systematic review. Lancet 356 (July): 122-126.

Chau, J., Thomson, D. R., Chang, A., Jean, W., Sheila, C., Cheung, S. K., and Timothy, K., 2010. Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. Journal of clinical nursing (online). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03317.x/pdf (2010, October 11)

Chemerinski, E. and Robinson, R., 2000. The neuropsychiatry of stroke. Psychosomatics 41(1): 5-14.

Chemerinski, E., Robinson, G. R., Arndt, S. and Kosier, T. J., 2001. Living in a double-blind randomized treatment study. Journal of Nervous and Mental Disease 189 (7): 421-425.

Cobb, S. 1976. Social support as a Moderator of Life stress. Psychosomatic Medicine (online).

available

from: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf (1976, May 6)

Colantonio, A., Kasi, S.V., and Ostfeld, A.M., 1992. Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. Am J Epidemiol 136 (7): 884-894.

Conwell, Y., Olsen, K., Caine, E. D. and Flannery, C., 1991. Suicide in later life: Psychological autopsy findings. International Psychogeriatrics 3 (1): 59-66.

Dean, A., Kolody, B and Wood, P., 1990. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. Journal of Health Soc Behav (31): 148–161.

Egede, L.E., Zheng, D and Kit, S.D., 2002.Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. Diabetes Care 25 (3): 464-470.

Ellis, C., Zhao, Y. and Egede, E. L., 2010. Depression and increased risk of death in adults with stroke. Journal of Psychosomatic Research (online). Available

from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874721/pdf/nihms171250.pdf (2010, June)

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter C., DeLongis, A., and Gruen, R., 1986. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology (50): 992-1003.

Folstein, M.F., Maiberger, R,, McHugh, P,R., 1997. Mood disorder as a specific complication of stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry (online). Available

from: http://jnnp.bmj.com/content/40/10/1018.full.pdf+html (1997, March 27)

Fostick, L., Silberman, A., Spivak, B. and Amital, D., 2010. The economic impact of depression: Resistance or severity? European Neuropsychopharmacology (20) 671–675.

Gainotti, G., Antonucci, G., Marra, C. and Paolucci, S., 2001. Relation between depression after

stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. Journal Neurol Neurosurg Psychiatry (online). Available from: http://jnnp.bmj.com/content/71/2/258.full.pdf+html (2001, March 12)

Goodglass, H., and Kaplan, E., 1972. Tha assessmsnt of aphasia and related disorder. Philadephia: Lea and Febiger.

Haring, P. H., 2002. Cognitive impairment after stroke current opinion in neurology. Curr Opin Neurol (15): 79-84.

House, A., Knapp, P., Bamford, J. and Vail, A., 2001. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive. Journal of the American Heart Association. (online). Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/32/3/696.full.pdf+html (2001, September)

Huang, C.Y., Hsu, S. p., Cheng, P. C., Lin, S. and Chuang, C., 2010. Mediating roles of social support on post stroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. Journal of clinical nursing (online). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03327.x/pdf (2010, Septmber 15)

Jacobson, E.D. 1986. Type and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior 27 (September): 250-264.

Sit, J.W.H., Thomas, K.S., Michael, C and Leonard, S. W., 2007. Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: A longitudinal study. Psychology Health & Medicine 12 (2): 117–125.

Jones, A.L., Charlesworth, J.F. and Hendra, T.J., 2000. Patient mood and carer strain during stroke Rehabilitation in the community following early hospital discharge. Disability and Rehabilitation (22): 490–494.

Johnson, et al., 2006. Poststroke Depression Incidence and Risk Factors: An Integrated Literature Review. Journal of Neurology Nursing 38(4):316–327.

Kaplan, B. H., Robbins, C. and Martin, S. S., 1983. Antecedents of psychological stress in young adults: Self-rejection, deprivation of social support, and life events. Journal of Health and Social Behavior (24): 230-244.

Kauhanen, M., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Brusin, E. and Mononen, E., et al., 1999. Post stroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. Journal of the American Heart Association (online). Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/30/9/1875.full.pdf+html (1999, September)

Katz, S., et al. 1963. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of American Medical Association (185): 914-919.

Kroenke, K. and Spitzer, R. L., 2001. Validity of a brief depression severity measure. Psychaitric Annals. (online). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x/pdf (2001, September)

Kroenke, K. and Spitzer, R. L., Williams, B.W., 2002. The PHQ-9: A New depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annuals. (online). Available from: http://www.lphi.org/LPHIadmin/uploads/.PHQ-9-Review-Kroenke-63754.PDF (2002, September 9)

Kelly, J. F., and Winograd, C. H., 1985. A functional approach to stroke management in elderly patients. Journal Am Geriatr Soc 33 (1): 48-60.

Kotila, M., Numminen, H., Waltimo, O., Kaste, M., 1998. Depression after stroke results of the finnstroke Study. Journal of the American Heart Association (online). Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/29/2/368.full.pdf+html (1997, November 6)

Lerdal, A., Bakken, N. L., Rasmussen, E., Beiermann., Ryen, S. et al., 2011. Physical impairment, depressive symptoms and Pre-stroke fatigueare related to fatigue in the acute phase after stroke. Disability and Rehabilitation 33 (4): 334–342.

Long, A.F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M., and Bowen, A., 2008. Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the communication outcome after stroke. Clinical Rehabilitation (online). Available from: http://cre.sagepub.com/content/22/12/1083.full.pdf+html (2008, December 3)

Lortrakul, M., Sumrite, S., and Saipanish, R., 2008. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry online). Available from: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-8-46.pdf (2009, June 20)

Mcdougall, G., Blixen, C., and Suen, L., 1997. The process and outcome of life review Psychotherapy with depressed homebound older adults. Journal of Nursing Research (online). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562588/pdf/nihms61380.pdf (2008, October 7)

Mok, V.T., Wong, A., Lam,W. M., Fan, Y. H., et al., 2004. Cognitive impairment and functional outcome after stroke associated with small vessel disease. Neurol Neurosurg Psychiatry http://jnnp.bmj.com/content/75/4/560.full.pdf+html (2003, September 7)

Naess, H., Lunde, N. L. and Brogger, J., The triad of pain, fatigue and depression in ischemic stroke patients: The bergen stroke study Cerebrovasc Disease (33): 461–465.

Nasreddine, Z.S., et al. 2005. The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society (online). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-415.2005.53221.x/pdf (March, 2005 30)

Norman, S. C., Laura, J. S. and James, D. A., 1998. Copimg with health problems developing a reliable and valid multidimensional measure. Psychological assessment 10 (3): 195-205.

Nys, M.M., et al., 2006. Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke. Neurological Sciences (online). Available from: http://igitur-archive.library.uu.nl/fss/2006-0804-200638/nys_06_depressive_symptoms2.pdf (2006, April 6)

Ostir, V. G., Berges, M. I., Ottenbacher, A., Ottenbacher, J. K., 2011. Patterns of Change in depression after stroke. The American Geriatrics Society (online). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104725/pdf/nihms289699.pdf (2011, Febuary 1).

Paolucci, S., 2008. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment (online). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515899/pdf/ndt-0401-145.pdf (2008, January)

Radloff, L.S., 1977. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1(3): 385-401.

Rafensson, D. F., Smari, A., Wendel, M., et al., 2006. Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Personality and Individual Differences (online). Available form: http://main3.amu.edu.pl/~uamzpoip/diagnoza/laboratorium/ciss_3.pdf (2006, January 4)

Rotherock, N. E., and Kreder, K.J., 2003. Coping strategies in patients with interstitial cystitis: Relationship with quality of life and depression. American urology association (169): 233–236.

Ramachubbu, R., Robinson, G. R., Alastair, J. F., Kosier, T. and Thomas, R. P., 1998. Functional impairment associated with acute post stroke depression: The stroke data bank study, Journal of Neurologypsychaitry (online). Available form: http://neuro.psychiatryonline.org/data/Journals/NP/3852/26.pdf (1998, January 13)

Reitan, R. M., 1958. Validity of the trial making test as an indicator of organic brain damage. Perceptual and Motor Skills (8) 271-276.

Robinson, G. R., Kubos, K.L., Starr, L.B., Rao, K., Price, T.R., 1983. Mood changes in stroke patients: relationship to lesion location. Comprehensive psychiatry 24(6):555-566.

Robinson, G. R. and Price, T. R., 1982. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. Journal of the American Heart Association (online). Available form: http://stroke.ahajournals.org/content/13/5/635.full.pdf (1982, April 2)

Robinson, G. R. and Spalletta, G., 2010. Post Stroke Depression: A review. Can J Psychiatry. (online). Available form: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647458/pdf/nihms458778.pdf (2013, May 8)

Santos, C. O., Caeiro, L., Ferro, J. M. and Figueira, M. L., 2011. A Study of Suicidal Thoughts in Acute Stroke Patients. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases (22): 1-6.

Santos, M., Kovari, E,. Gold, G,. Bozikas V., Hof, P, R,. 2009. The neuroanatomical model of post stroke depression: Toward a change of focus. Journal of the Neurological Sciences (online). Available form: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2915758/pdf/nihms219989.pdf (2009, August 15)

Schwartz, J.A., Speed, M. N., Brunberg, A. J., Brewer, L. T., Brown, M. and Greden, J. F., 1993.

Depression in stroke rehabilitation. Society of Biological Psychiatry (online). Available form: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/30792/0000446.pdf?sequence=1 (1993, Febuary 18)

Sergio, P. and Robinson, G. R., 1998. Gender differences in poststroke depression. Journal of Neuropsychiatry (online). Available form: http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/NP/3852/41.pdf (1998, October 3)

Shirley, A.T. and Nadina, B. L., 2006. Factors relating to depression after stroke, British Journal of Clinical Psychology (45): 49–61.

Singh, A., Black, E. S., Herrmann, N., Leibovitch, S. F. and Ebet, L. P., 2000. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression : The sunnybrook stroke study. Journal of the American Heart Association (online). Available form: http://stroke.ahajournals.org/content/31/3/637.full.pdf+html (2000, March)

Starkstein, S. E., Berthier, M. L., Fedoroff, P., Price, T.R. and Robinson, R. G., 1990. Anosognosia and major depression in 2 patients with cerebrovascular lesions. Journal of Neurology (9):1380-1392.

Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek D. G., Goldenberg, M. and Coopersmith H., 1986. Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. Journal of the American Heart Association (online). Available form: http://stroke.ahajournals.org/content/17/6/1102.long (December, 1986)

Smith. G. R., 1993. Coping and Life Satisfaction after stroke. Journal Stroke Cerebrovascular Disease. (3): 209-215.

Sorlie, T., and Sexton, H. 2000. The factor structure of "The Ways of Coping questionnaire" and the process of coping in surgical patients.Personality and Individual Difference (30): 961–975.

Suzanne L., and Collo, B. 2007. Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. Archives of Clinical Neuropsychology (online). Available form: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887617707000807 (2007, May 4)

Tatemichi, T.K.,, Desmond, D.W., Sterm,Sano, M. and Bargilla,E., 1994. Cognitive impairment

after stroke: frequency,Patterns, and relationship to functional abilities. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry (online). Available form: http://jnnp.bmj.com/content/57/2/202.full.pdf+html (1994, April)

Wade, T.D., Hewer, L. R., David, M. R., Menderby P., 1968. Aphasia after stroke- natural history and associated deficits. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry (online). Available form: http://jnnp.bmj.com/content/49/1/11.full.pdf+html (1986, April)

Wade, T.D., and Kendler, K. S., 2000. The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. Journal of Nervous and Mental Disease 188: 251-258.

Wagner, S., Helmreich, I., Dahmen, N., Lieb, K, Tadic A., 2011. Reliability of three alternate forms of the trail making tests A and B. Archives clinic neuropsychology (online). Available form: http://acn.oxfordjournals.org/content/26/4/314.full.pdf+html (2011, May 15)

Weg, F. B., Kuik, D. J., Lankhorst, G. J., 1999. Post-stroke depression and functional outcome: a cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. Clinical Rehabilitation (online). Available form: http://cre.sagepub.com/content/13/3/268.long (1999, June 13)

Whyte, E.M., Mulsant, B.H., 2002. Post stroke depression: epidemiology,pathophysiology, and biological treatment. Biological Psychiatry; 52 (3):253-264.

Williams, L.S., Ghose, S.S., Swindle, R.W., 2004. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. American Journal Psychiatry (online). Available form: http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3761/1090.pdf (2004, June 6)

Williams, L.S., Brizendine, E.J., Plub, B., Bakus, T., Tu, W., Hendri, H., and Kroenke, K., 2005. Performance of the PHQ-9 as a Screening Tool for Depression After Stroke. Journal of the American heart association (online). Available form: http://stroke.ahajournals.org/content/36/3/635.full.pdf+html (2005, January 27)

World Health Organization. 2012. World Health Statistics 2012. (online). Available form: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ (2012, June 13)

World Health Organization. 2008. The World Health Report. primary Health Care (Now More

Than Ever). World Health Organization. (online). Available form: http://www.who.int/whr/2008/en/index.html

Yanger, J., 1989. Clinic manifestation of psychiatric disorder. In Kalplan, H. J. and Sodock, B. J.(Eds), Comprehensiive text book of psychiatric (5 th ed.) Baltimor: William and Wilking.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1.ศาตราจารย์ แพทย์หญิงดิษยา รัตนากร	อาจารย์ประจำภาควิชาประสาทวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2.นพ.ฤกษ์ชัย ตุลยาภรณ์โชติ	นายแพทย์หัวหน้าศูนย์โรคระบบประสาท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
3.รองศาสตราจารย์ .ดร.สุรีพร ธนศิลป์	รองคณบดีคณะพยาบาลศสาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.นางสาว อัญชลี ยศกรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท หอผู้ป่วยหนัก สถาบันประสาทวิทยา

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๒๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ ธันวาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดิษยา รัตนากร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดิษยา รัตนากร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0–2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0–2218-1150
ชื่อนิสิต	นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ โทร. 089-782-5019

ที่ ศธ 0512.11/ 2257

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 ธันวาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ฤกษ์ชัย ตุลยาภรณ์โชติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ฤกษ์ชัย ตุลยาภรณ์โชติ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0–2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0–2218-1150
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ โทร. 089-782-5019

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/๘๒๖๗ วันที่ ๒๖ ธันวาคม 2555
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1150
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ โทร. 089-782-5019

ที่ ศธ 0512.11/2257

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 ธันวาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวอัญชลี ยศกรณ์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1150
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์ โทร. 089-782-5019

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๑๓.60/2556

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	- SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POST ACUTE STROKE PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	- น.ส.วิชชุตา พุ่มจันทร์
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ June ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ June ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ June ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๔. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ June ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๕. อัตตประวัติ
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๘ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖
วันหมดอายุ	๑๗ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๗

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก
(เสรี ธีรพงษ์)

พลตำรวจตรี
(ธนา ธุระเจน)

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ชื่อโครงการ(ไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ชื่อโครงการ(อังกฤษ) SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POST ACUTE STROKE PATIENTS

ชื่อผู้วิจัย : นางสาววิชชุตา พุ่มจันทร์

เลขที่ใบรับรอง : 12/2556 **รหัสโครงการวิจัย :** 56-2-014-0

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภทโครงการวิจัย ❑ โครงการวิจัยภายใน ☑ โครงการวิจัยภายนอก

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

ออกให้ ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2556 **หมดอายุวันที่** 27 พฤษภาคม 2557

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....
(นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างเครื่องที่ใช้ในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากร**ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…….....……**

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วิชชุตา พุ่มจันทร์ สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 022625056 โทรศัพท์มือถือ 0897825019 E-mail: vitchutap@yahoo.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสัมภาษณ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 91 ข้อ เป็นเวลานาน 30 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น **โดยยังได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างเดิม**

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ และจะทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย**โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

.....

(นางสาว วิชชุตา พุ่มจันทร์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วิชชุตา พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง ผู้จัดการฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

(ที่บ้าน) เลขที่ 16/80 บ้านกลางเมืองลาดพร้าวเสนา แขวงจระเข้บัว เขต ลาดพร้าว จังหวัด กรุงเทพ

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 022625056 โทรศัพท์ที่บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 0897825019

E-mail: vitchutap@yahoo.com

1. **ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย** ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. **โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อ** ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ ทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมรอบข้างมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเฉียบพลัน

3.**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** 1) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหา ความสามารถในการสื่อสาร และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

4. **รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

4.1 กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อายุ18- 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย ที่มีระดับคะแนน

Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ระดับ 10 ขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตประสาทมาก่อน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทำวิจัยทั้งสิ้น170 คน

4.2 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยสุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดแล้วเลือกผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจรักษาในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากโรงพยาบาลตัวอย่างแต่ละแห่ง

5. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

การตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อตัวท่าน ในกรณีที่ท่านรู้สึกไม่สะดวกหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา

6. ค่าชดเชยและ/หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากกการตอบแบบสอบถามของท่าน ถือว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8.ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับการบริการเช่นเดิม

9. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษา

ไว้เป็นความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวม และสรุปผลการวิจัย โด
แปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีระบุข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคล แต่อย่างใด

10. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน คือ
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบสอบถาม
ความสามารถในการสื่อสาร แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และ แบบสอบถามภาวะ
ซึมเศร้า

11. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและ
ติดต่อได้ที่ นางสาว วิชชุตา พุ่มจันทร์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0897825019

“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร
สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-
8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน”

…….

คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วน ที่ 3 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดความสามารถในการสื่อสาร	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดภาวะซึมเศร้า	จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ส่วนข้อที่ 2 ให้ท่านเติมข้อความ ในข้อที่ 6 ผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลให้ท่านเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ……. ปี…….. เดือน

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยก

4.รายได้ของผู้ป่วย

☐ น้อยกว่า 5000 -5,000 บาท ☐ 5001 -10,000 บาท

☐ 10,001 -15,000 บาท ☐มากกว่า 15,000 บาท

5. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)

☐ เรียนระดับประถมศึกษา

☐ สูงกว่าระดับประถมศึกษา

6. ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน ……. ปี…….. เดือน

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

5 หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นด้วยมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อความ	**ระดับความคิดเห็น**				
	(5) เห็นด้วยมากที่สุด	(4) เห็นด้วยมาก	(3) เห็นด้วยปานกลาง	(2) เห็นด้วยน้อย	(1) เห็นด้วยน้อยที่สุด
1.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่พร้อมจะทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัยเสมอ					
2. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกว่ามีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เมื่อท่านต้องการ					
3. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีคนรักและเอาใจใส่					
4. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกว่ามีญาติ พี่น้องหรือเพื่อนฝูง มาร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ กับท่าน					
5. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีปัญหาท่านสามารถพึ่งพาญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนฝูงได้					

6. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือท่านในระยะยาวถ้าท่านต้องการ					
7. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังความรู้สึกของท่านถ้าท่านต้องการ					
8.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน					
9.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อท่านอารมณ์เสียท่านสามารถหาคนที่ระบายความรู้สึกได้					
10.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีคนที่ให้คำแนะนำหรือช่วยท่านในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ					
11.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าท่านเจ็บป่วยจะมีคนให้คำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ท่าน					
12.ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านชอบทำสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้คนอื่นมีความพึงพอใจ					
13. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คนอื่นบอกท่านว่าพวกเขาสบายใจที่จะทำงานร่วมกับท่าน					
14. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อน ๆ ท่านเห็นความสำคัญของท่านขณะมีกิจกรรมร่วมกัน					
15. ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ท่านเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว					

ส่วนที่ 3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีทั้งหมด 10 ข้อ โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก ✓ในช่อง □ คำตอบที่ตรงกับสิ่งที่สามารถทำได้มากที่สุด เพียงกิจกรรมละ 1 คำตอบเท่านั้น โดยพิจารณาจากข้อความที่แสดงไว้ในตารางกิจกรรมการประเมิน ดังต่อไปนี้

กิจกรรมการประเมิน	**สำหรับผู้วิจัย**
กิจกรรมที่1.การรับประทานอาหาร ❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ❑ มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารให้ (5) ❑ ทำเองได้ (10)	
กิจกรรมที่ 2. การขึ้นลงจากเตียง ❑ ลุกจากเตียงไม่ได้ (0) ❑ ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน (5) ❑ ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย (10) ❑ ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เองโดยไม่มีคนช่วยเหลือ (15)	
กิจกรรมที่ 3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ❑ ทำเองได้ (5)	
กิจกรรมที่ 4. การเข้าห้องน้ำ ❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ❑ มีคนช่วยทำให้บางส่วน (5) ❑ ทำเองได้ (10)	
กิจกรรมที่ 5. การอาบน้ำ ❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ❑ ทำเองได้ (5)	
กิจกรรมที่ 6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน ❑ นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ (0) ❑ นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา (5)	

❑ เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเล็กน้อย (10) ❑ เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย (15)	
กิจกรรมที่ 7. การขึ้นบันได ❑ ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0) ❑ ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อย (5) ❑ ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวโดยไม่มีคนช่วย (10)	
กิจกรรมที่ 8. การแต่งตัว ❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ❑ มีคนช่วยบางส่วน (5) ❑ ทำเองได้ รวมทั้งติดซิป ติดกระดุม (10)	
กิจกรรมที่ 9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ❑ ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0) ❑ อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยสวนหรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5) ❑ ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้ (10)	
กิจกรรมที่ 10. การปัสสาวะ ❑ ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน (0) ❑ สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (5) ❑ ปัสสาวะเองได้ (10)	

ส่วนที่ 4. **แบบประเมินด้านการสื่อสาร** จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารของตัวท่านเอง คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านเท่านั้น โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

ดีมาก หมายถึง ทำได้ดีมาก หรือเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ดี หมายถึง หมายถึง ทำได้ดี หรือเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ทำได้แต่ไม่คล่องแคล่ว หรือเกิดขึ้นได้น้อยครั้ง

น้อยมาก หมายถึง ทำได้ด้วยความยากลำบาก หรือเกิดขึ้นได้น้อยครั้งมาก

ไม่เลย หมายถึง ทำไม่ได้เลย หรือไม่เกิดขึ้นเลย

ข้อความ	**ความสามารถในการปฏิบัติ**				
	(4) ดีมาก	**(3) ดี**	**(2) ปานกลาง**	**(1) น้อยมาก**	**(0) ไม่เลย**
1. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถบอกได้ว่า สิ่งใดมีความหมาย “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ได้อย่างไร					
2. วันนี้ ท่านสามารถใช้ตัวช่วยอื่น(เช่น การชี้ การเขียน)มาใช้ในการสื่อสารของท่านได้อย่างไร					
3. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถพูดโต้ตอบกับคนที่คุ้นเคยเป็นอย่างไร					
4. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถพูดโต้ตอบกับคนที่ไม่คุ้นเคยเป็นอย่างไร					
5. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถร่วมพูดคุยกับคนเป็นกลุ่มเป็นอย่างไร					
6. วันนี้ ความสามารถในการเข้าใจประโยคที่ยาว ๆ ของท่านเป็นอย่างไร					
7. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถเข้าใจเรื่องที่พูดคุยตามปกติได้ดีอย่างไร					

8. ในวันนี้ ท่านสามารถบอกสิ่งที่ท่านไม่เข้าใจได้อย่างไร					
9. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถติดตาม หัวข้อสนทนาที่เปลี่ยนไปได้อย่างไร					
10. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสามารถอ่านได้เป็นอย่างไร					
11. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ความสามารถในเขียนของท่านเป็นอย่างไร					
12. วันนี้ ท่านสามารถจัดการเรื่องการเงินของท่านได้อย่างไร					
13. ความสามารถในการสื่อสารของท่าน เปลี่ยนไปภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
14. ท่านคิดว่าการสื่อสารของท่านดีอย่างไร?					
15. ท่านมั่นใจ ในเรื่องที่ท่านสื่อสารไป ว่าท่านทำอะไร					
16. วันนี้ การพูดหรือการสื่อสารของท่านมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว					
17. วันนี้ การพูดหรือสื่อสารของท่านมีผลกระทบต่อชีวิตในสังคมของท่าน					
18. วันนี้ ท่านมีปัญหาเรื่องการพูด และการสื่อภาษา ที่มีผลกระทบต่อกิจกรรมที่ท่านชอบ หรืองานอดิเรกของท่าน					
19. ปัญหาเรื่องการสื่อสารทำให้ท่านกังวล หรือไม่มีความสุข					
20. ท่านสามารถบอกได้ว่าคุณภาพชีวิตของตัวท่านเป็นอย่างไร					

สวนที่ 5. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบทดสอบนี้มีจำนวน 11ข้อ

คำชี้แจง ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ถามคำถาม โปรดตอบตามความคิดของท่าน โดยไม่ต้องกังวลว่าผิดหรือถูกการทดสอบนี้เพื่อประเมินความสามารถทางการรู้คิดของท่านเท่านั้น

ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถาม อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (ตอบถูกข้อละ 1คะแนน)		
1.วันนี้วันที่เท่าไร	.....	☐
2.วันนี้วันอะไร	.....	☐
3.เดือนนี้เดือนอะไร	.....	☐
4.ปีนี้ปี พ.ศ.อะไร		☐
.....		☐
5.ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	
2. Orientation for place (ตอบถูกข้อละ 1คะแนน)		
1.สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	.....	☐
2.ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....	☐
3.ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร	.....	☐
4.ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
5.ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐

3. Registration (ตอบถูกข้อละ 3คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3อย่างให้คุณตั้งใจฟังให้ดี เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณผู้ทบทวนพูดตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำให้ดี เดี๋ยวดิฉันจะถามซ้ำ

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ..... ☐

4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) : (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณคิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดเลขในใจให้เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา .... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้งทั้งที่ตอบถูกและตอบผิด ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ดิฉัน จะสะกดคำว่า<u>มะนาว</u>ให้ คุณฟังแล้วให้คุณสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า"มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน" ไหนคุณสะกดถอยหลังให้ฟังซิ..... .... ☐

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน) ☐

" เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ให้ 1คะแนน)

☐ดอกไม้ ☐แม่น้ำ ☐รถไฟ ..... ☐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" …….. ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" …….. ☐

7. Repetition (1คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน) ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้แล้วให้คุณพูดตามดิฉัน จะบอกเพียงครั้งเดียว **"ใครใคร่ขายไก่ไข่"** ……. ☐

8.Verbal command (3 คะแนน)

ฟังให้ดี ๆนะเดี๋ยวดิฉัน จะส่งกระดาษให้คุณให้รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วย แล้ววางไว้ที่ ..... (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐รับด้วยมือขวา ☐พับครึ่ง ☐วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) …… ☐

9. Written command

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณอ่านแล้วทำตามคุณจะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ☐ หลับตาได้

…… ☐

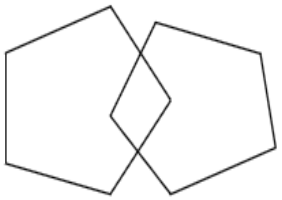
10.Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่งให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค…… ☐

☐ ประโยคมีความหมาย

11.Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง” ☐



คะแนนรวม .....

ส่วนที่ 6. แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง เมื่อท่านเกิดความรู้สึกเครียดจากการที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ท่านทำอย่างไรบ้าง เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้น ท่านคิดว่าได้ใช้วิธีการในข้อใดต่อไปนี้จัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมายวงกลม √ ในช่องซึ่งต้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โปรดทำทุกข้อ โดยประเมินตามมาตรวัดต่อไปนี้

ทำบ่อยมาก หมายถึง ท่านใช้วิธีนี้เป็นในการจัดการกับปัญหาแทบทุกครั้ง

ทำค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านใช้วิธีนี้เป็นในการจัดการกับปัญหาค่อนข้างบ่อย

ทำและไม่ทำพอ ๆกัน หมายถึง ท่านใช้ และไม่ใช้วิธีนี้เป็นในการจัดการกับปัญหาเท่ากัน

ไม่ค่อยได้ทำ หมายถึง ท่านเคยใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหาในบางครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหา

ข้อความ	ระดับความถี่ของการปฏิบัติ				
	ทำบ่อยมาก	ทำค่อนข้างบ่อย	ทำและไม่ทำพอ ๆกัน	ไม่ค่อยได้ทำ	ไม่เคย
1. ท่านเข้าใจตัวเอง และท่านต่อสู้เพื่อตัวเอง					
2. ท่านมีความพยายามที่จะเปลี่ยนความคิดของผู้อื่น					
3. ท่านจะแสดงให้คนที่ทำให้คุณโกรธรู้ว่าท่านกำลังโกรธ					
4. ท่านสามารถคลี่คลายสถานการณ์ และไม่เคร่งเครียดกับสิ่งที่เกิดขึ้น					
5. ท่านสามารถเดินออกจากปัญหาเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น					
6. ท่านพยายามเก็บความรู้สึกของท่านไว้					
7. ท่านไม่แสดงให้ผู้อื่นรู้ว่า มีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น					

8. ท่านพูดคุยกับคนอื่นเพื่อช่วยหาทางแก้ปัญหา					
9. ท่านเล่าปัญหา กับผู้ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้					
10. ท่านขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน					
11. ท่านตำหนิตนเอง					
12. ท่านรู้ดีว่าต้องแก้ปัญหาด้วยตัวเอง					
13. ท่านปรารถนาให้สิ่งร้าย ๆ กลายเป็นดี					
14.ท่านหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น					
15. ท่านรู้แนวทางที่จะทำให้สำเร็จ ท่านจึงสงสัยว่าท่านได้พยายามทำเต็มที่หรือยัง					
16. ท่านวางแผนที่จะแก้ปัญหา และได้ทำตามแผน					
17. ท่านเปลี่ยนแปลงหรือมีการพัฒนาในทางที่ดี					
18. ท่านคิดว่าการเดินออกจากปัญหา ดี กว่าก้าวเข้าไปหาปัญหา					
19. ท่านคิดว่าพบ และศรัทธาสิ่งใหม่					
20. ท่านค้นพบสิ่งที่สำคัญในชีวิต					

ส่วนที่ 7. แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย 9 ข้อ (PHQ-9)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเท่านั้น โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

มีเกือบทุกวัน หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

มีค่อนข้างบ่อย หมายถึงมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์

มีบางวันไม่บ่อยครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เลย หมายถึง มีความรู้สึกความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน

ข้อความ	(0) ไม่เลย	(1) มีบางวัน	(2) มีค่อนข้างบ่อย	(3) มีเกือบทุกวัน
1.เบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้าหรือ ท้อแท้				
3.หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป				
4.เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
5.เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7.ไม่ค่อยมีสมาธิกับสิ่งต่างๆเช่นการอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8.พูด หรือทำอะไรช้าจนคนอื่นมองเห็นหรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

ภาคผนวก ง
ข้อมูล การวิเคราะห์ทางสถิติ

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	54.37	49.826	.641	.859
S2	54.73	47.926	.621	.858
S3	54.30	49.528	.659	.858
S4	55.43	47.702	.445	.872
S5	54.80	48.234	.571	.861
S6	54.50	49.776	.597	.860
S7	54.60	50.041	.618	.860
S8	54.60	48.524	.605	.859
S9	55.00	50.276	.414	.869
S10	54.77	51.840	.411	.868
S11	54.53	52.464	.461	.866
S12	54.73	52.616	.349	.870
S13	55.47	50.809	.523	.863
S14	55.37	50.033	.537	.862
S15	54.60	49.007	.509	.864

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of Cases
.873	15	170

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AD1	80.82	226.833	.618	.864
AD2	75.97	219.615	.682	.858
AD3	84.59	274.090	.460	.882
AD4	80.82	216.478	.767	.851
AD5	85.06	246.150	.704	.863
AD6	76.94	181.712	.851	.844
AD7	81.88	207.087	.641	.866
AD8	80.06	227.807	.645	.861
AD9	79.85	259.298	.549	.873
AD10	79.76	261.483	.458	.876

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of Cases
.877	15	170

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	75.87	181.844	.662	.943
C2	75.90	179.266	.755	.942
C3	75.90	181.955	.712	.942
C4	76.43	173.357	.766	.941
C5	76.47	178.464	.667	.943
C6	76.13	178.947	.719	.942
C7	76.00	180.828	.720	.942
C8	76.20	177.752	.776	.941
C9	76.23	178.599	.760	.941
C10	76.10	176.507	.775	.941
C11	76.27	173.237	.756	.941
C12	76.27	168.133	.824	.940
C13	76.50	169.224	.793	.940
C14	76.10	177.472	.806	.941
C15	76.03	178.171	.741	.942
C16	76.07	182.478	.386	.948
C17	75.97	183.689	.381	.948
C18	76.00	181.655	.428	.947
C19	75.90	182.093	.402	.948
C20	76.20	172.717	.822	.940

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of Cases
.945	20	170

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	20.61	23.992	.322	.728
F2	20.98	18.804	.638	.675
F3	22.52	24.807	.291	.733
F4	22.21	13.115	.640	.715
F5	22.94	19.895	.583	.687
F6	23.50	25.269	.245	.737
F7	24.65	24.490	.362	.728
F8	23.08	21.366	.431	.713
F9	24.47	25.671	.290	.739
F10	24.67	24.388	.413	.725
F11	24.61	23.919	.591	.716

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of cases
.739	11	170

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินกลวิธีเผชิญปัญหา

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	62.20	180.028	.507	.893
P2	64.13	184.189	.231	.899
P3	63.80	181.200	.338	.896
P4	63.20	174.924	.538	.891
P5	63.00	180.069	.360	.896
P6	62.70	187.803	.115	.901
P7	62.77	188.047	.087	.903
P8	63.40	171.834	.649	.888
P9	63.23	170.323	.709	.887
P10	63.33	178.437	.368	.896
P11	64.00	172.276	.538	.891
P12	62.33	174.023	.637	.889
P13	62.93	163.375	.674	.887
P14	63.67	164.713	.609	.889
P15	62.80	169.062	.741	.886
P16	63.00	170.483	.702	.887
P17	62.80	170.166	.701	.887
P18	62.50	171.500	.670	.888
P19	63.90	174.438	.471	.893
P20	63.17	157.247	.766	.883

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of Cases
.897	20	170

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวซึมเศร้า

Reliability

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
H1	4.69	9.440	.643	.739
H2	4.66	9.594	.554	.749
H3	4.47	9.227	.415	.775
H4	4.61	9.335	.487	.759
H5	4.76	9.729	.519	.754
H6	4.78	9.851	.413	.769
H7	4.93	9.954	.419	.768
H8	4.87	10.221	.399	.770
H9	5.15	10.536	.440	.767

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	N of Cases
.782	9	170

ตารางที่ 7 เพศกับจำนวน และร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีอาการ	มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	รวม
ชาย	39 (22.9%)	40 (23.5%)	2 (1.2%)	(0%)	(0.6%)	82(48.2%)
หญิง	35 (20.6%)	33 19.4%)	19 (11.2%)	(0%)	1(0.6%)	88(51.8%)
รวม	74 (43.5%)	73(42.9%)	21(12.4%)	(0%)	2 (1.2%)	170 (100%)

ตารางที่ 8 สถานภาพสมรสกับจำนวน และร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีอาการ	มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	รวม
โสด	5 (2.9%)	14 (8.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (11.2%)
คู่	54(31.8%)	51 (30%)	8 (4.7%)	0 (0%)	0 (0%)	113(66.5%)
อื่น ๆ	15 (8.8%)	8 (4.7%)	13(7.6%)	0 (0%)	2 (1.2%)	38 (22.4%)
รวม	74(43.5%)	73 (42.9%)	21 (12.4%)	0 (0%)	2 (1.2%)	170(100%)

ตารางที่ 9 รายได้กับจำนวน และร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีอาการ	มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	รวม
น้อยกว่า 5,000	6 (3.5%)	3 (1.8%)	1 (0.6%)	0 (0%)	1 (.06%)	11 (6.5%)
5,001-10,000	0 (0%)	6 (3.5%)	1 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (4.1%)
10,001-15,000	20 (11.8%)	15 (8.8%)	8 (4.7)	0 (0%)	0 (0%)	43 (25.3%)
มากกว่า 15,000	48 (28.2%)	49 (28.8%)	11 (6.5%)	0 (0%)	1 (.06%)	109 (64.1 %)
รวม	74 (43.5%)	73 (42.9%)	21 (12.4%)	0 (0%)	2 (1.2%)	170 (100%)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วิชชุตา พุ่มจันทร์ เกิดวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดตาก สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เมื่อ พ.ศ.2534 และเข้ารับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก สำเร็จการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อ พ.ศ. 2537 สำเร็จการศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เทคโนโลยีการบริหาร) สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์ เมื่อ พ.ศ. 2543 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชันแนล เลขที่ 33 สุขุมวิทซอย 3 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10110