

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วย
ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง
Nurse's Role in Providing Holistic Care for Patients
with Post-Stroke Depression

วัลภา อรัญนะภูมิ*

Vanlapa Arannapoom

จุฑาทิพย์ คชะชะวโร**

Juthatip Kachawaro

*คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

*Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300 Thailand

**คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

**Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700 Thailand

Corresponding author: Vanlapa Arannapoom; E-mail: vanlapa@nmu.ac.th

Received: November 25, 2024; Revised: June 6, 2025; Accepted: June 16, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้ อย่างไรก็ตามหากการคัดกรองหรือการรักษาไม่เป็นไปอย่างทันท่วงที ภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ทำให้กระบวนการฟื้นตัวล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงอาจนำไปสู่ความคิดหรือการฆ่าตัวตายได้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในทุกระยะของโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการฟื้นตัว ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมด้านอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การประเมินภาวะซึมเศร้า การรักษา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การสนับสนุนด้านสังคมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รวมถึงการประสานงานกับทีมสุขภาพ และครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทพยาบาล

Abstract

Post-stroke depression (PSD) is a significant mental health issue frequently observed in stroke patients. Providing appropriate care, patients will recover to a normal mental state. Nevertheless, delayed screening or treatment may severely affect physical rehabilitation, slowing the recovery process. In cases of patients with PSD are severe, there may be risks of suicidal thoughts or behaviors. Nurses, as key healthcare providers closely involved with patients throughout each phase of stroke recovery, play a critical role in providing holistic care that spans four dimensions: physical, psychological, social, and spiritual. This individualized approach supports recovery, reduces mortality, and enhances the quality of life.

Therefore, this article aims to present nurses' knowledge in caring for patients with post-stroke depression. It covers symptoms and signs, risk factors, depression assessment, treatment approaches, as well as the nursing role in providing holistic care for patients experiencing post-stroke depression. Nurses are responsible for assessing both the physical and psychological conditions of patients, promoting appropriate medication use, building therapeutic relationships, and offering social support to help patients feel valued. In addition, coordination with healthcare teams and families is emphasized to ensure that nurses can effectively apply the knowledge gained to provide quality care and improve patients' quality of life.

Keywords: Stroke, Post-stroke depression, Nursing roles

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke depression: PSD) เป็นผลกระทบทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 5 ปีหลังเกิดโรค¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะ PSD อย่างกว้างขวาง และจากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้รายงานความชุก โดยแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค ดังนี้ 1) ช่วง 2 สัปดาห์แรก พบได้ร้อยละ 12.20 - 32.20 2) ช่วง 1 เดือนแรก พบได้ร้อยละ 17.90 - 35.50 และ 3) ช่วงเดือน 3 หลังจากเกิดโรค พบได้ร้อยละ 10.40 - 32.00 ซึ่งความชุกของภาวะ PSD ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือในการประเมินที่แตกต่างกัน² สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาความชุก

ของภาวะ PSD ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2557 พบความชุกร้อยละ 12.00 - 72.50³ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะ PSD ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะ PSD สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตภายหลังเกิดโรค⁴

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติทางด้านจิตใจภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป³⁻⁵ โดยมีอาการเริ่มตั้งแต่ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม และรุนแรงจนกระทั่งฆ่าตัวตาย⁶⁻⁷ ซึ่งผลกระทบของภาวะ PSD ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย คือ มีการจำกัดการฟื้นตัว

และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านการทำงานของร่างกายที่แย่ลง (poor functional outcomes) รวมถึงเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁸ ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะมีการบกพร่องทางร่างกาย (physical impairment) ในระยะยาวมากกว่า ซึ่งมีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพทางภาษาได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ PSD⁹ 2) ด้านจิตใจ เป็นผลจากอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้ขาดแรงจูงใจหรือรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง โดยมีมีรายงาน พบว่า ผู้ป่วยภาวะ PSD มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในการติดตามระยะยาว⁹ และ 3) ด้านสังคม ส่งผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยกับสังคม เนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากการที่รู้สึกวุ่นวายตนเองถูกทอดทิ้งเมื่อญาติต้องออกไปทำงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองเจ็บป่วยเรื้อรัง และพิการ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากเข้าสังคม¹⁰ พยาบาลถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) หมายถึง การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโดยตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของบุคคลใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพขององค์รวม (holistic health) เนื่องจากความเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่มีสาเหตุจากทุกมิติร่วมกัน¹¹ ซึ่งผู้ป่วยภาวะ PSD มักประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในเวลาเดียวกัน จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ มิใช่เพียงแต่การดูแลเพื่อรักษา และบำบัดด้านจิตใจ หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัว เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนทางสังคม

โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ต่อเนื่องจะเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตน ทำให้สามารถดำเนินชีวิตเพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดโรคได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น บทความนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง และบทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้พยาบาลหรือบุคลากรที่สนใจได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD

ผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มักแสดงอาการคล้ายโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) เช่น รู้สึกไร้ค่า เสียสมาธิ และอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย โดยแบ่งอาการออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ (mood symptoms) เช่น อารมณ์เศร้า รู้สึกผิด และรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับรอยโรคในสมอง โดยเฉพาะซีกขวา⁶ 2) ด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) เช่น ขาดสมาธิ มีความคิดอยากตาย และการแยกตัวออกจากสังคมมากกว่าแสดงอาการวุ่นวาย¹² มีความคิดในแง่ร้ายซึ่งขัดขวางการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย⁶ และ 3) ด้านร่างกาย (somatic symptoms) เช่น อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เชื่องซึม ไม่มีแรง และน้ำหนักลด ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ ทั้งหลับยาก และตื่นกลางดึก ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงอาการกระสับกระส่าย จากการติดตามอาการ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลีย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า อาการด้านร่างกายเป็นอาการเด่นในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้มักถูกมองข้าม เนื่องจากถูกเข้าใจผิดว่าเป็นผลข้างเคียงจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD

หลายรายไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูของผู้ป่วย³

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ PSD

การทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ PSD จะช่วยให้ติดตามอาการซึมเศร้า และนำไปสู่การดูแล และป้องกันอาการดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยปัจจัยเสี่ยงของภาวะ PSD¹³⁻¹⁴ มีดังนี้

1. เพศหญิง (female gender) จากการศึกษา meta-analysis ระบุว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะ PSD โดยพบมากในช่วง 3 เดือน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ เนื่องจากเพศหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าเพศชาย จึงสามารถพบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย¹⁵

2. มีประวัติส่วนตัวเป็นโรคทางจิต (personal history of mental illness) โดยผู้ป่วยที่มีประวัติส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคทางจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือทั้งสองอย่าง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PSD ในช่วง 3 เดือน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิต (family history of mental illness) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะ PSD แต่ยังไม่มีความชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ PSD ในช่วง ≤ 3 เดือน

4. บุคลิกภาพแบบหวุ่นไหว (neuroticism) ลักษณะทางจิตที่เป็นโรคประสาท เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PSD ในช่วง ≤ 3 เดือน

5. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสัญญาณที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ PSD ที่เพิ่มขึ้น ในระยะ ≤ 3 เดือน แม้ว่ายังไม่มีการวิจัยที่ยืนยันได้ว่าชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะ PSD¹⁴ แต่พบว่า ในกลุ่ม

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้ความเจ็บป่วยสูงจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ PSD ได้¹⁶

6. ตำแหน่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีงานวิจัยที่ระบุว่า ตำแหน่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า และการบาดเจ็บส่วนฐานสมองมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ซึ่งไม่เกี่ยวกับช่วงเวลาหลังเกิดโรค¹⁷ นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดขนาดเล็ก หรือโรคเนื้อขาว ก็ทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน¹⁴

7. ระยะเวลา 1 ปีแรก หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (first year after stroke) โดยพบว่า อัตราการเกิดภาวะ PSD มีแนวโน้มสูงขึ้น และเริ่มลดลงหลังจากผ่านไป 1 ปี นอกจากนี้ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเดนมาร์ก จำนวนกว่า 150,000 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี¹⁸

8. ระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเองที่ต่ำลง (lower level of independence) จากการศึกษา meta-analysis ระบุว่า การที่มีระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PSD ในช่วง ≤ 3 เดือน หลังเกิดโรค¹⁴ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง อาจทำให้เกิดภาวะ PSD ได้¹⁹

9. การแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) ผู้ป่วยที่ไม่มีการสนับสนุนทางสังคม มีความพิการ และมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองที่ลดลง เนื่องจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น¹⁴ รวมทั้งการที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระแก่ตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน²⁰

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินภาวะ PSD ปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ ผู้เขียนจึงขอเสนอแบบประเมินที่เป็นสากล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบประเมินที่ผู้ป่วยให้คะแนนด้วยตนเอง มีดังนี้

1.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งแบบสอบถามมี 9 ข้อ ข้อดี คือ ทำได้ง่าย และใช้เวลาไม่นาน เหมาะสำหรับคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามความถี่ และความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตาม PHQ-9 เน้นการประเมินอาการซึมเศร้า แต่ไม่ครอบคลุม ปัจจัยทางจิตเวชหรือร่างกายอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อ ภาวะซึมเศร้า เช่น โรคทางกายหรือการใช้ยาบางชนิด²¹

1.2 Geriatric Depression Scale (GDS) ซึ่งมีฉบับสั้น 15 ข้อ และฉบับยาว 30 ข้อ เหมาะสำหรับ ผู้สูงอายุ เนื่องจากรูปแบบคำถามที่เข้าใจง่าย และสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม แบบประเมิน GDS เป็นแบบสอบถามที่ต้องอาศัยการ ตอบคำถามด้วยตัวเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำให้เกิด ความคลาดเคลื่อน หากผู้ตอบไม่เข้าใจคำถามหรือ ไม่ต้องการเปิดเผยสภาวะทางอารมณ์ที่แท้จริง¹²

2. แบบประเมินที่ผู้ประเมินเป็นผู้ให้คะแนน มีดังนี้

2.1 Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ซึ่งแบบประเมินมี 17 หรือ 21 ข้อ ใช้สำหรับ ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตาม HDRS ให้ความสำคัญ กับอาการทางกายภาพ เช่น การนอนไม่หลับ และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ซึ่งอาจทำให้การประเมิน ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตใจเด่นชัด ไม่ครอบคลุมทุกมิติของอาการ²¹

2.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) แบบประเมิน 14 ข้อ แบ่งเป็นภาวะ ซึมเศร้า 7 ข้อ และภาวะวิตกกังวล 7 ข้อ ให้คะแนน ด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 5 นาที สามารถใช้ในการ วินิจฉัยได้ทั้งอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม HADS ถูกออกแบบมาเพื่อหลีกเลี่ยง การซ้อนทับกับอาการทางกายภาพของโรคทางกาย ดังนั้น จึงไม่รวมคำถามเกี่ยวกับอาการ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรืออ่อนเพลีย ซึ่งอาจทำให้การประเมิน

ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลไม่ครอบคลุมทุกมิติของ อาการ²²

2.3 Stroke Aphasic Depression Questionnaire Hospital version (SADQ-H) แบบประเมินมี 21 ข้อ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา aphasia ร่วมด้วย ซึ่งให้คะแนน โดยผู้ดูแล ในปัจจุบันยังไม่มีฉบับแปลภาษาไทย²¹⁻²⁴

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD

ภาวะ PSD เป็นภาวะที่รักษาให้หายได้ ถ้าหากได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง โดยวิธีการรักษา มีทั้งการรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) และใช้ยา (pharmacological intervention) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) เป็นการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และใช้เป็นวิธีการ รักษาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการใช้ยา ได้แก่

1.1 การบำบัดทางจิตใจ และสังคม (psychosocial intervention) เหมาะสำหรับผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าความรุนแรงน้อย เช่น พฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy: CBT) ซึ่งช่วยให้ ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด และ ความรู้สึกซึมเศร้า การฝึกแก้ปัญหาตามสถานการณ์²³

1.2 การให้การรักษาที่สอดคล้องกับโรค หลอดเลือดสมอง (stroke related intervention) โดยการค้นหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน และแก้ไขสาเหตุที่ทำให้โรคหลอดเลือด สมองกลับมาเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดัน และ ไขมันในเลือด การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การบำบัดฟื้นฟูทางกาย การกระตุ้นความสามารถของสมอง การฝึกการพูด และสื่อสาร รวมทั้งฝึกกิจกรรมบำบัด เพื่อลด และ ป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ ภาวะซึมเศร้า¹²

1.3 การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy: ECT) ถูกนำมาใช้ใน PSD โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกรณีที่ดื้อยา แม้ว่า ECT

จะเป็นขั้นตอนที่ปลอดภัย²⁴ แต่สิ่งสำคัญ คือ ต้องทำการตรวจสอบก่อนเริ่มการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ¹³

2. การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention) ได้แก่

2.1 ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) ซึ่งมีประสิทธิภาพที่ดีต่อการรักษาอาการซึมเศร้า และมีผลข้างเคียงน้อย เช่น Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine และ Sertraline เป็นต้น²⁵

2.2 ยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) เป็นยาที่ได้รับการศึกษาอย่างมากในการรักษาภาวะ PSD เนื่องจากกลไกการยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และตัวรับอื่น ๆ พบว่า ตอบสนองต่อการรักษาดี แต่ยังมีผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ได้แก่ การรู้คิด และเกิดอาการชักได้ง่าย¹²

2.3 ยากลุ่ม serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน และนอร์เอพิเนฟริน แต่ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับสารสื่อประสาทแอซิติลโคลีน (acetylcholine) จึงปลอดภัยกับผู้สูงอายุในแง่ที่ไม่ส่งผลต่อการรู้คิด แต่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น²⁶

2.4 ยากลุ่ม serotonin antagonist reuptake inhibitors (SARIs) พบว่า ในผู้ป่วย PSD ที่ได้รับยาทราโซโดน (trazodone) ขณะที่รับโปรแกรมฟื้นฟูมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (BADL) ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา หากการรักษาด้วยยามีผลลัพธ์การตอบสนองที่ดี ควรให้การรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ถึง 12 เดือน และควรได้รับการติดตามภาวะซึมเศร้าว่าจะกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำหรือไม่ รวมทั้งต้องติดตามผลข้างเคียงของยา และอาการเป็นระยะ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงของยา⁵

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD แบบองค์รวม

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะ ซึ่งภาวะ PSD เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD อย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับโรค และมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้เขียนนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD โดยแบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน¹³ ดังนี้

1. บทบาทการดูแลด้านร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มีแนวทาง ดังนี้

1.1 ประเมิน และติดตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาปัญหา และการให้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม และถูกต้อง²⁷⁻²⁹ หากผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD ที่บกพร่องความสามารถในการดูแลตนเองต้องใช้ทักษะในการฝึกผู้ป่วยให้ออกกำลังกายด้วยตนเองทั้งหมด (active exercise) และการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยไม่ได้ออกแรง โดยให้ญาติหรือผู้อื่นช่วยออกกำลังกาย (passive exercise) รวมถึงฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หากมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร จะต้องฝึกพูดจนสามารถพูดเป็นประโยคได้เท่าที่จะทำได้

1.2 ส่งเสริมการใช้ยา และการรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง เช่น การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า และการรักษาด้วย ECT ซึ่งทั้งสองรูปแบบจะส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ให้กลับสู่สภาวะสมดุล พยาบาลจึงมีบทบาทในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมถึงแผนการรักษา ตลอดจนแผนการพยาบาลที่จะได้รับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา

1.3 ร่วมวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการตั้งเป้าหมายการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย นำไปสู่การจัดการกับอาการทางกายที่เหมาะสม

2. บทบาทการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มีแนวทาง ดังนี้

2.1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจในการดูแลมากขึ้น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น และสนับสนุนการฟื้นตัว เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มักจะรู้สึกกังวล และกลัว โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน และวัยสูงอายุ ซึ่งมักจะรู้สึกโดดเดี่ยว และปรับตัวได้ช้า ดังนั้น การพูดคุยอย่างสุภาพ และเต็มใจ จึงช่วยลดความกังวลใจ รวมถึงสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแล และเอื้อต่อการรักษาได้¹³

2.2 การประเมินสภาพจิตใจ และคัดกรองภาวะซึมเศร้าผ่านแบบประเมิน เช่น PHQ-9 หรือ HADS โดยทำการคัดกรอง (screening) ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกราย คัดกรองทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood screening) และด้านความคิด (cognitive screening) ครั้งแรกภายใน 6 สัปดาห์หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และจะทำการประเมินซ้ำหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 6 เดือน หากพบความผิดปกติด้านความคิดในการคัดกรองครั้งแรก การประเมินในระยะนี้ไม่จำเป็นต้องคัดกรองด้านความคิดซ้ำอีก และสำหรับการประเมินในช่วง 1 ปี หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะเป็นการคัดกรองเฉพาะด้านอารมณ์²⁸

2.3 การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ และปลดปล่อยความรู้สึกที่ไม่ดีภายในจิตใจได้ ข้อดี คือ ช่วยกระตุ้นการฟื้นฟูผ่านการลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล รวมถึงสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา พบว่า การบำบัดด้วย

ดนตรีร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูปฏิกิริยาสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้²⁹

2.4 การบำบัดด้วยพฤติกรรมทางความคิด (cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตวิทยาระยะสั้นที่มุ่งเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม เพื่อลดความคิด และพฤติกรรมที่ส่งผลลบต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการศึกษาการใช้การบำบัดแบบ CBT กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซ้ำซ้อน พบว่า มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การทำงานทางสังคมได้เร็วขึ้น¹³

2.5 การดูแลด้านจิตใจเชิงสนับสนุน (supportive psychological care) สามารถลดความเครียดทางจิตใจของผู้ป่วย และปรับปรุงพยากรณ์โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการดูแลด้านจิตใจเชิงสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสร้างความมั่นใจ และปรับปรุงอารมณ์ด้านลบโดยสนับสนุนในด้านความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นตัวของโรค จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า การให้การดูแลด้านจิตใจเชิงสนับสนุน จะช่วยขจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ง่ายกว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิม¹³

3. บทบาทการดูแลด้านสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มีแนวทาง ดังนี้

3.1 การวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์จิตเวช แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลจิตเวช พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักการพยาบาล และนักจิตวิทยา เป็นต้น ในการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือต่าง ๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน³⁰

3.2 การให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินของโรค กระบวนการรักษา การจัดการ ผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการดูแล

ผู้ป่วยที่เน้นความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลักโดยให้ผู้ดูแล และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา²⁷

3.3 การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น แนะนำให้ผู้ดูแลสอบถามอาการป่วย อาการทางอารมณ์ เพื่อเตรียมตัว และสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย โดยให้อภัย ให้อภัยใจ และหมั่นแสดงออกทางคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัสต่อผู้ป่วยว่าครอบครัวมีความรัก และเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยอยู่เสมอ รวมถึงพูดคุยถึงวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า³¹

3.4 การดูแลช่วยเหลือแบบรายกลุ่ม (groups/peers support) โดยการพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลควรมีทักษะในการฟังอย่างจริงจัง และให้ความเห็นอกเห็นใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ และพร้อมสนับสนุนการช่วยเหลือในการปรับตัว การตั้งเป้าหมาย และการแก้ปัญหา โดยการจัดกิจกรรม และให้ข้อมูลต่าง ๆ ควรจัดให้ผู้ผู้ป่วยเข้ากิจกรรมในโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะเน้นการจัดโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน การเข้ากลุ่ม กิจกรรมคลายเครียด เช่น ดนตรีบำบัด หรือศิลปะบำบัด และการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหา และการดูแลจิตใจแบบรายกลุ่ม การจัดโปรแกรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สังเกต และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ และเรื่องการเข้าสังคมกับญาติ¹³

4. บทบาทการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มีแนวทาง ดังนี้

4.1 การประเมิน และตอบสนองเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เปิดโอกาสให้ญาติ และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนที่ช่วยยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

4.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยน

ชีวิตให้ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³²

4.3 การบำบัดด้วยการทบทวนชีวิต โดยให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสทบทวนคุณค่า และเป้าหมายชีวิต หลังจากเผชิญกับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาทดลองได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการทบทวนชีวิตต่อความรุนแรงของภาวะ PSD โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมได้สนทนาในแต่ละช่วงเวลาการรักษา เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โดยพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ครอบครัว และบ้าน รวมถึงช่วงชีวิตผู้ใหญ่ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ใช้เวลาเท่ากันในการชมและอภิปรายวิดีโอที่ไม่มีเจตนาการบำบัด ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹³

สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD มักเผชิญปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตใจในเวลาเดียวกัน โดยมีอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนแรง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ส่วนอาการทางจิตใจ เช่น ความเศร้า สิ้นหวัง หรือมีความคิดอยากตาย ภาวะดังกล่าวนี้ ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายช้าลง รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยที่มีภาวะ PSD ได้รับการประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว จะนำไปสู่การรักษาที่ทันทั่วที่ได้ ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีความจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา รวมถึงการให้ญาติเข้ามา

มีส่วนสนับสนุนด้านสังคมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่า เพื่อให้เกิดการฟื้นฟู และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในตนเอง และมีแหล่งที่คอยยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ เท่าที่จะเป็นไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Schöttke H, Gerke L, Düsing R, Möllmann A. Post-stroke depression and functional impairments-a 3-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry* 2020;99:152171. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152171.
2. Hatthakit U, Thanoi W. Holistic nursing and complementary therapy: an integration of the concepts into nursing education. *Thai Journal of Nursing Council* 2012;27 Suppl 1:S5-17. (in Thai)
3. Aniwattanapong D. Post-stroke depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018;63(4):383-418. (in Thai)
4. Sarkar A, Sarmah D, Datta A, Kaur H, Jagtap P, Raut S, et al. Post-stroke depression: chaos to exposition. *Brain Research Bulletin* 2021;168:74-88. doi: 10.1016/j.brainresbull.2020.12.012.
5. Lancot KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke, 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke* 2020;15(6):668-88. doi: 10.1177/1747493019847334.
6. Krick S, Koob JL, Latarnik S, Volz LJ, Fink GR, Grefkes C, et al. Neuroanatomy of post-stroke depression: the association between symptom clusters and lesion location. *Brain Communications* 2023;5(5):fcad275. doi: 10.1093/braincomms/fcad275.
7. Ojagbemi A, Bello T, Elugbadebo F. Suicidal thoughts and contexts in black African stroke survivors. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2019;32(2):74-80. doi: 10.1177/0891988718824035.
8. Castilla-Guerra L, Fernandez Moreno MDC, Esparrago-Llorca G, Colmenero-Camacho MA. Pharmacological management of post-stroke depression. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2020;20(2):157-66. doi: 10.1080/14737175.2020.1707666.
9. Liu L, Xu M, Marshall IJ, Wolfe CDA, Wang Y, O'Connell MD. Prevalence and natural history of depression after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Medicine* 2023;20(3):e1004200. doi: 10.1371/journal.pmed.1004200.
10. Seesawang J, Thongtang P. Post-stroke depression among older adult stroke survivors. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2016;8(2):73-85. (in Thai)
11. Butsing N, Zauszniewski JA, Ruksakulpiwat S, Griffin MTQ, Niyomyart A. Association between post-stroke depression and functional outcomes: a systematic review. *PLoS One* 2024;19(8):e0309158. doi: 10.1371/journal.pone.0309158.
12. Chongprasertpon R, Ruangritchankul S. Post-stroke depression in older adults. *Chonburi Hospital Journal* 2023;48(1):41-60. (in Thai)

13. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: a 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry* 2020;66:70-80. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011.
14. Shi Y, Yang D, Zeng Y, Wu W. Risk factors for post-stroke depression: a meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2017;9:218. doi: 10.3389/fnagi.2017.00218.
15. Aiamanan M, Pattanarueangkul P. Post-stroke depression among older adult and management. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(2):55-61. (in Thai)
16. Sanguanchue A, Tanthanapanyakorn P, Arsa R. The prevalence and associated factors of depression among older people with chronic diseases in Wang Noi district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Yala Rajabhat University* 2019;14(2):277-87. (in Thai)
17. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *The American Journal of Psychiatry* 2016;173(3):221-31. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363.
18. Jorgensen TSH, Wium-Andersen IK, Wium-Andersen MK, Jorgensen MB, Prescott E, Maartensson S, et al. Incidence of depression after stroke, and associated risk factors and mortality outcomes, in a large cohort of Danish patients. *Journal of the American Medical Association Psychiatry* 2016;73(10):1032-40. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1932.
19. Wang S, Wang CX, Zhang N, Xiang YT, Yang Y, Shi YZ, et al. The association between post-stroke depression, aphasia, and physical independence in stroke patients at 3-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry* 2018;9:374. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00374.
20. Sangphrachan S, Dallas JC, Hengudomsb P, Pratoomsri W. The meaning of self-esteem as perceived by older adults with depression. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;26(2):76-88. (in Thai)
21. Dajpratham P, Pukrittayakamee P, Atsariyasing W, Wannarit K, Boonhong J, Pongpirul K. The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression. *BioMed Central Psychiatry* 2020;20(1):291. doi: 10.1186/s12888-020-02699-6.
22. Wu Y, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Neupane D, et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *British Medical Journal* 2021;373:n972. doi: 10.1136/bmj.n972.
23. Fang Y, Mpofo E, Athanasou J. Reducing depressive or anxiety symptoms in post-stroke patients: pilot trial of a constructive integrative psychosocial intervention. *International Journal of Health Sciences* 2017;11(4):53-8.
24. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. *The New England Journal of Medicine* 2009;360(14):1437-44. doi: 10.1056/NEJMra0707755.
25. Li X, Zhang C. Comparative efficacy of nine antidepressants in treating Chinese patients with post-stroke depression: a network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2020;266:540-48. doi: 10.1016/j.jad.2020.02.005.

26. Beach SR, Celano CM, Sugrue AM, Adams C, Ackerman MJ, Noseworthy PA, et al. QT prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications: a 5-year update. *Psychosomatics* 2018;59(2):105-22. doi: 10.1016/j.psych.2017.10.009.
27. Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C. Palliative care for stroke patients and their families: barriers for implementation. *Frontiers in Neurology* 2019;10:164. doi: 10.3389/fneur.2019.00164.
28. Towfighi A, Ovbiagele B. Health equity and actionable disparities in stroke: 2022 update. *Stroke* 2023;54(2):374-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.122.041892.
29. Pliankerd P. Depressive disorder: nurse's role in nursing care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(1):18-21. (in Thai)
30. Korjedee P, Nualanan P, Chongchirawongsa P, Thanawangsri S, Kanlayapuek A. Role of nurses in continuing care for stroke patients at home. *Hua Hin Medical Journal* 2022;2(2):24-42. (in Thai)
31. Ketvatimart M. The roles of professional nurses in the management of stroke patients. *Journal of Health Science Research* 2017;11(2):71-80. (in Thai)
32. Worawichayapong C, Kespichayawattana J. The effect of empowerment program emphasizing family participation on depression of older persons with stroke. *Journal of The Police Nurses and Health Science* 2014;6(2):16-32. (in Thai)