

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน*

วิษุตา พุ่มจันทร์**

ดร. ชนกพร จิตปัญญา***

ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสตัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา ตัวอย่างคือผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 170 คน ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด กลวิธีการเผชิญปัญหา และแบบประเมินภาวะสุขภาพ 9 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .84, .94, .71, .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 42.9 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ($\bar{x} = 5.37$, S.D. = 3.45)

2. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.409, -.174, -.594, -.475$ และ $-.075$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสาร การรู้จักคิด เผชิญปัญหา

* วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Selected Factors Related to Depression in Post Acute Stroke Patients

Vitchuta Pumchan

Chanokporn Jitpanya, Ph.D.

Captain Siriphan Sasat, Ph.D.

Abstract

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, cognitive function and coping strategies. The participants were 170 outpatients with post acute stroke, using a multistage sampling methodology. 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 validated by four experts. The Cronbach's alpha coefficients were .87, .84, .94, .71, .89 and .90, respectively. Descriptive statistics, Chi-square and Pearson's product moment correlation were used for statistical analysis.

The major findings were presented as follows:

1. 42.9% of post acute stroke patients had mild depression ($\bar{x}$ = 5.37, S.D. = 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, Social support, Communication, Cognitive, Coping

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

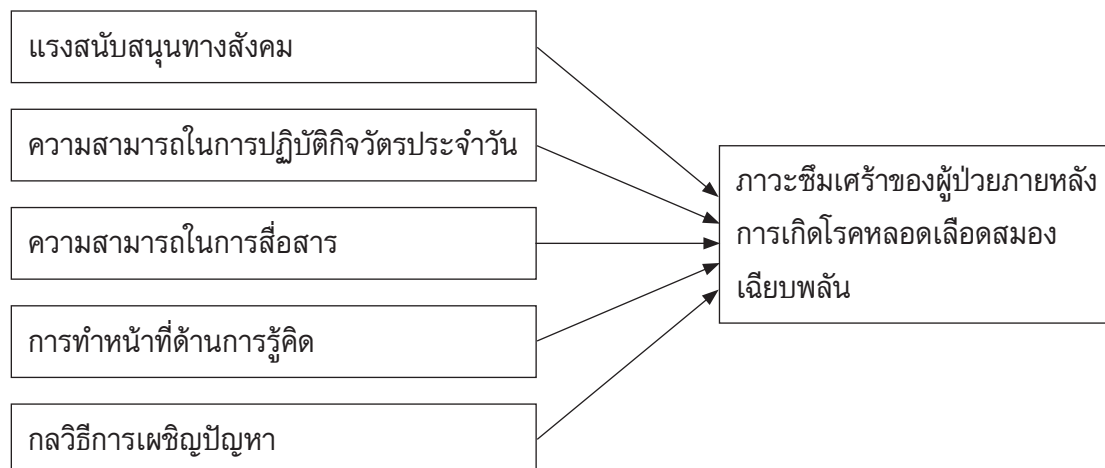
ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นลำดับที่สาม และผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในรายที่รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการหลงเหลืออยู่มาก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย ซึ่งพบว่าปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า (Santos et al., 2009) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 25-79 เป็นภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ร้อยละ 21-26 (Suzanne and Collo, 2007) การที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะเป็นการต่อกรกับโรคและสังคมรอบข้างมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ (Robinson and Spalletta, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ บทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า (Arlene et al., 2012) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น (Huang et al., 2010) ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาเรื่องสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Naess, et al., 2012) การรู้คิด และความจำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Nys, et al., 2006) และผู้ป่วยที่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า (Bardwell, 2001)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับคะแนน Glasgow Coma Scale ที่ระดับ 10 ขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตประสาทมาก่อน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 120 คน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสนับสนุนทางสังคมของ (อำนวยพร ภาษานอก, 2549) มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel ADL Index) ของ (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550) ประกอบด้วย 10 กิจกรรมมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร (The Communication Outcome after Stroke: COAST) ของ (Long, Hesketh, Booth and Bowen, 2008) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .85 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination: MMSE ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) จำนวน 11 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71

ส่วนที่ 6 แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Sorlie and Sexton, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้ Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9) โดย (Kroenke and Spitzer, 2002) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ข้อมูลทั้งหมดของตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัยระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ให้ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เก็บแบบสอบถามครั้งละ 1 คน ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบ 170 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ สถิติไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 50.65 ปี (S.D. = 6.96) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 66.5 และส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 64.1

2. ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.2 ไม่มีอาการจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5

3. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.409, -.174, -.594, -.475, -.075$) แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

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	.140	-.260**	.087	.250**	1	
6. ภาวะซึมเศร้า	-.409**	-.174*	-.594**	-.475**	-.075*	1

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 (S.D. = 3.45) โดยมีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตคือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง แต่ในประเทศไทยผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากครอบครัว บางรายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ทำให้การพึ่งพาสังคมและคนรอบข้างน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า

2. จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.409$) ซึ่งสามารถอธิบายตามที่ Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีคนคอยให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้เขาเองยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Arlene et al. (2012) ที่พบว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยป้องกันและลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

3. จากผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.174$) อธิบายได้จากการศึกษาของ Huang et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความซึมเศร้า หรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย จะสามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น ผลการศึกษาค้นพบว่าค่าเฉลี่ยของสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 89.53 (S.D. = 16.81) แสดงว่าตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย

4. จากผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.594$) สามารถอธิบายได้ว่าความสามารถในการสื่อสารเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ (perception) การประมวลผลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) และสามารถอธิบายได้จาก (Naess et al., 2011)

ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านการพูด การไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่อ่าน หรือสิ่งที่เขียน จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในครั้งนี้ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการสื่อสารเท่ากับ 80 (S.D. = 13.61) แสดงว่าส่วนใหญ่ความสามารถทางด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากการคัดเลือกตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องสามารถสื่อสาร ด้วยการพูด อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทยได้ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าน้อย

5. จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.475$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ และการดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้น ในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2550) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเท่ากับ 25.42 (S.D. = 5.13) ซึ่งแสดงว่าตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำความเข้าใจ จดจำและดัดแปลงการใช้ข้อมูลมาแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่มีปัญหาด้านการรู้คิดหรือมีปัญหาน้อย จึงส่งผลให้ตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย

6. จากผลการศึกษาพบว่า กลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กันในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.075$) สามารถอธิบายว่า กลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางด้านร่างกายพฤติกรรมอารมณ์ และสติปัญญา เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่มากเกินไปกำลังของบุคคล เพราะการเผชิญปัญหามักต้องใช้การประเมิน ตัดสินใจ วางแผน และแก้ปัญหาสิ่งที่ได้ทำลงไป ซึ่งกลวิธีการเผชิญปัญหาจะสำเร็จได้บุคคลต้องพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (Yager, 1989) ซึ่งเมื่อผู้วิจัยพิจารณาค่าเฉลี่ยของกลวิธีการเผชิญปัญหาของตัวอย่างในครั้งนี้ ซึ่งเท่ากับ 68.18 (S.D. = 6.98) สามารถอธิบายได้ว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาของตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ควรวางแผนให้การรักษายาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสาร และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาเรื่องการสื่อสาร สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการเรียนการสอน การดูแลและการป้องกันผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลอง เช่น การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย วัตถุ จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 201). คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพรส.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2552). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 211). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป* (หน้า 49-50). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. 2553. *แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563* (หน้า 17).

- อำนวยพร ภาษานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 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*. 93(6): 978-982.
- Bardwell, W. A., (2001). Types of Coping Strategies are Associated with increased depressive Symptoms in patients with obstructive sleep apnea. *SLEEP* 24(8): 905-909.
- Cobb, S. (1976). Social support as a Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 301-314.
- Huang, C. Y., Hsu, S. p., Cheng, P. C., Lin, S., & 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*, (19): 2752-2762.
- Kroenke, K. and Spitzer, R. L., Williams, B.W. (2002). The PHQ-9: A New depression diagnostic and severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 16(9): 606-613.
- Long, A. F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M., & 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*. (22): 1083-1094.
- Naess, H., Lunde, N. L., & Brogger, J. (2012). The triad of pain, fatigue and depression in ischemic stroke patients: The bergen stroke study. *Cerebrovasc Disease*. (33): 461-465.
- Nys, G. M., Zandvoort, M. J., Worp, H. B., Haan, E. H., Kort, P. L., Jansen, B. P., Kappelle, L. J. (2006). Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke. *Neurological Sciences* (2): 1-8.
- Robinson, G. R., & Spalletta, G. (2010). Post Stroke Depression: A review. *Can Journal Psychiatry*. 55(6): 341-349.

- 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* (283); 158-162.
- Sorlie, T., & 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., & Collo, B. (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*, (22): 519-531.
- Yanger, J., (1989). Clinic manifestation of psychiatric disorder. In Kalplan, H. J. and Soderock, B. J. (Eds), *Comprehensive text book of psychiatric* (5th ed.) Baltimor: William and Wilking.