



วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม
และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE, PERCEIVED BENEFIT, DEPRESSION,
SOCIAL SUPPORT AND SECONDARY STROKE PREVENTION IN STROKE SURVIVORS

จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์¹ ชนกพร จิตปัญญา²
Jirawan Wiriyaakijpaiboon Chanokporn Jitpanya

¹ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 159 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .73, .72, .89, .95, และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 57.11$, S.D.=11.58) ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$ ($r = .274$, $r = .539$, และ $r = .506$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$ ($r = -.368$)

คำสำคัญ : การกลับเป็นซ้ำ, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะซึมเศร้า, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research aimed to investigate relationships among knowledge about stroke risk factors, perceived benefits, depression, social support, and secondary stroke prevention behaviors in stroke survivors. One hundred and fifty nine ischemic stroke patients were recruited using a multistage sampling technique from the outpatient department at Roi-et Hospital and Mahasarakham Hospital. The instruments used for data collection consisted of demographic data form, knowledge about stroke risk factor questionnaire, perceived benefit questionnaire, depression questionnaire, social support questionnaire and a secondary stroke prevention questionnaire. The content validity of all questionnaires was tested by a panel of experts. Internal consistency reliability coefficients calculating by Cronbach's alpha were .73, .72, .89, .95, and .86, respectively. Data were analyzed using means, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The results revealed that stroke survivors had a high level of secondary stroke prevention behaviors ($\bar{X}$ =57.11, S.D.=11.58). Knowledge about stroke risk factors, perceived benefits and social support have positively correlated with secondary stroke prevention in stroke survivors significantly ($r=.274$, $r=.539$, and $r=.506$, respectively, $p < .01$). On the other hand, depression was negatively correlated with secondary stroke prevention ($r=-.368$, $p < .01$).

Keywords : secondary stroke prevention, risk factors, depression, social support, stroke survivor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เป็นสาเหตุการตายแบ่งตามกลุ่มโรคสำคัญเป็นอันดับสาม รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, 2551) ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรกและยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิต แต่อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) โดยพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.4 และในผู้ป่วยที่รอดชีวิตพบว่าร้อยละ 33 มีความพิการปานกลางหรือรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอีกร้อยละ 57 มีความพิการเพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติ (Grau et al., 2001) ที่สำคัญยังพบว่าอย่างน้อย 1 ใน 4 ของผู้ที่รอดชีวิตจะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (National Stroke Association, 2013) โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในเดือนแรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกประมาณร้อยละ 14 (Mohr et al., 2011) และยังพบว่าภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 40 โดยพบอัตราเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในเพศชาย ร้อยละ 42 และในเพศหญิงร้อยละ 24 (National Stroke Association, 2013) สำหรับในประเทศไทยพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.39 (Nidhinandana & Changchit, 2010)

ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก (Slark, 2010) และพบว่าในกลุ่มผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการตายสูงขึ้นเป็น 2 เท่าของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Coull & Rothwell,

2004) การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีค่า HDL ต่ำ โรคหัวใจชนิดเส้นพลัง โรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาอินซูลิน (Mohr et al., 2011) นอกจากนี้สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คือ เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Slark, 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และขาดความเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (van Wijk et al., 2005)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยการศึกษาของ Goldfinger et al. (2012) พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด และจากการศึกษาของ Redfern, McKevitt, Dundas, Rudd, & Wolfe (2000) พบว่า หนึ่งปีหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 36 มีภาวะอ้วน และร้อยละ 4 ต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และจากการศึกษาของ สาธิต กาสุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า, และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ (2547) พบว่า ผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.75 มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ร้อยละ 26.25 มีการควบคุมเบาหวานไม่ดี และร้อยละ 20 มีการควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความ

เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นเรื่องประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติในทุกด้าน สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้น การที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Becker, 1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือคุณค่าที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูงจะมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์สูง

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าได้แก่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือไม่รับประทานยา และนอนไม่หลับ จึงกระทบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติตัว

และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือในความจำเป็นในการรับประทานยาให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่า การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา ส่วนการศึกษาเชิงความสัมพันธ์มีจำนวนน้อยมาก และพบว่า เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาเท่านั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นแนวทางในการพัฒนาวัตรกรรมทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

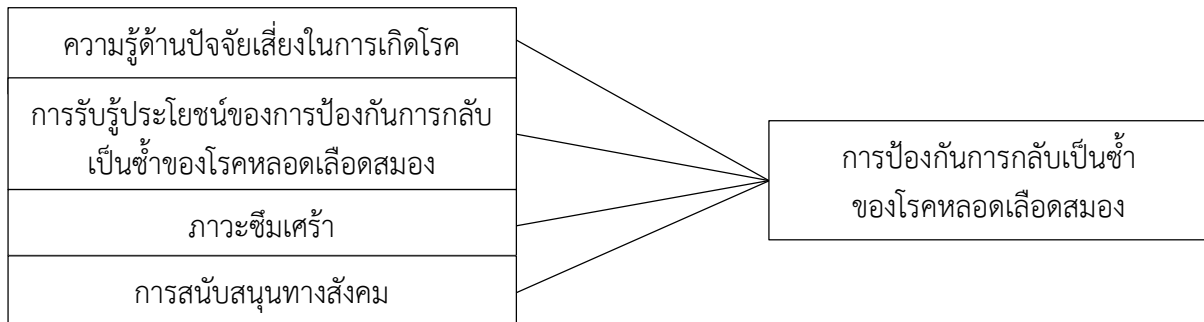
1. เพื่อศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับ

เป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มารับบริการ เพื่อติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีอายุระหว่าง 18–59 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่ยังไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 21 วัน
3. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกรู้ตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ด้วยภาษาไทยได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Stark (2010) ร่วมกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke Association (2013) โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพต่อไปนี้

4. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

5. ได้รับการรักษาโดยการให้รับประทานยาในกลุ่ม ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านลิ้มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด

เกณฑ์ในการคัดเลือกรับจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงในระดับวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

การหาขนาดตัวอย่างและการคัดเลือกตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

1. หาขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power Analysis and Sample (PASS) คำนวณได้ตัวอย่างจำนวน 159 คน
2. คัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวน 10 โรงพยาบาล ทำการ

คัดเลือกมา 2 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม

3. คำนวณสัดส่วนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 159 คน ผู้วิจัยนำมาคำนวณสัดส่วนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\text{ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2 โรงพยาบาล}}$$

3.1 ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวน 1,534 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 91 คน

3.2 ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 1,152 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Sloma, Backlund, Strender, & Skaner (2010) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มาตรการวัดที่ใช้เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .73

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มาตรการวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-52 คะแนน แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .72

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ของ The Center for Epidemiologic Studies

Depression Scale ของ National Institute of Mental Health ฉบับแปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์ศรี, วงเดือน ปันดี, และ สมพร เจริญชัยศรี (2533) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มาตรการวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า (วิลเลียม คูปต์นิตติชัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .89

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้ของ The ENCRICH social support Questionnaire ฉบับแปลไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1 ถึง 6 มีมาตรการวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-24 คะแนน ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยไม่นำมาคิดคะแนน แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .95

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มาตรการวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-80 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-20 คะแนน) ปานกลาง (21-40 คะแนน) มาก (41-60 คะแนน) และมากที่สุด (61-80 คะแนน) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง 039/2557 และโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ใบรับรอง 3195/2557 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับการจากการวิจัย ตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้ตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30-40 นาที เริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2557 จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบทั้ง 159 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แล้วหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าพิสัย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 51.52 ปี (S.D.=7.60)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละและระดับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=159)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
คะแนนรวมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (80 คะแนน)	57.09	11.57			
21-40 คะแนน			13	8.2	ปานกลาง
41-60 คะแนน			74	46.5	มาก
61-80 คะแนน			72	45.3	มากที่สุด

เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 56.6 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ย 1 ปี 6 เดือน (S.D.=1.94) มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ร้อยละ 44.7, 27.7, 22.6, และ 10.7 ตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยรับประทานยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด ลดไขมันในเส้นเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 86.2, 75.5, 30.8, และ 10.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.4 ยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5.7 มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.7 และมีระดับไขมันในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 69.18 โดยพบมี LDL-cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.1 cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 29.6 Triglyceride สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.2 และ HDL-cholesterol ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.4

2. คะแนนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ย 57.09 (S.D.=11.57) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน คะแนนสูงสุด 76 คะแนน คะแนนต่ำสุด 22 คะแนน ส่วนใหญ่ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.5 ดังรายละเอียดในตาราง 1

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.274$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับปานกลางกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.539$ และ $r=.506$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.368$) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($n=159$)

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.539	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.506	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.368	.000
ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	.274	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=57.09$, $S.D.=11.57$) อย่างไรก็ตามถึงแม้คะแนนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของตัวอย่างจะอยู่ในระดับมาก แต่ยังพบตัวอย่างที่มีระดับไขมันในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมากถึงร้อยละ 69.18 โดยมี LDL-cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.1 cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 29.6 Triglyceride สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.2 และ HDL-cholesterol ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.4 นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างยังคงสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 9.4 ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ร้อยละ 5.7 มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.7 ซึ่ง

จากการศึกษาของ Jiang et al. (2014) พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านของการออกกำลังกายมีคะแนนต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfinger et al. (2012) พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด และสอดคล้องกับ Koenig et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 60 รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Redfern et al. (2000) พบว่า หนึ่งปีหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ และร้อยละ 4 ยังคงดื่ม

เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์อย่างหนัก และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) พบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.75 การควบคุมเบาหวานไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 26.25 และการควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.539$) ซึ่งสอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวบุคคลจะแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.308, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.171, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคสูง มีแนวโน้มเชื่อมั่นในการแนวทางการรักษาและความสามารถของแพทย์ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่เชื่อในแนวทางการรักษา เช่น เชื่อว่าตนเองถูกส่งจ่ายยาให้รับประทานมากเกินไป และยาที่ได้รับไม่ได้มีประโยชน์กับการเจ็บป่วยของตนเอง

2.2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.506$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนใน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และมีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (น้ำเพชรหล่อตระกูล, 2543) โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือในความจำเป็นในการรับประทานยา การช่วยจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วย กระตุ้นและช่วยเหลือในการออกกำลังกาย นอกจากนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้การช่วยเหลือและการให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง และการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2014) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.535, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงจะมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัว และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัวอย่างชัดเจนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ พบว่า กลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ

2.3 ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.274$) เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน และช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติในด้านสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974 อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) และการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่า ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r=.176, p < .05$) และพบว่า มีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 13 ที่มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้ติดตามเยี่ยมมีระดับความดันโลหิตสูง (Croquelois & Bogouslavsky, 2006) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.368$) ซึ่ง Radloff (1997) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล

ทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปของความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการเปราะบางทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความโศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ โดยสอดคล้องกับการศึกษา มณฑล ว่องวันดี (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่รับประทานยา และนอนไม่หลับ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีผลกระทบต่อการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ($r=.045, p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีและประโยชน์ที่เกิดกับตนเอง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ต้องสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และหาแนวทางแก้ไขกรณีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณท์ออฟเซต.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, และ สมพร เจริญชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(2), 22-45.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles Slack.
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2013). Retrived from <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=12>
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of Health Psychology*, 16, 592-609. doi: 10.1348/2044-8287.002000
- Chiangthong, K. (2011). *Relationships between the health belief model, warning signs perception and management of stroke behavior in the risk group of stroke, Doi Saket District, Chiang Mai Province* (Master's Thesis Public Health Program). Graduate School, Chiang Mai University.
- Coull, A. J., & Rothwell, P. M. (2004). Underestimation of the early risk of recurrent stroke: Evidence of the need for a standard definition. *Stroke*, 35(8), 1925-1929.
- Croquelois, A., & Bogousslavsky, J. (2006). Risk awareness and knowledge of patients with stroke: Results of a questionnaire survey 3 months after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(6), 726-728
- Goldfinger, J. Z., Kronish, I. M., Fei, K., Graciani, A., Rosenfeld, P., Lorig, K., & Horowitz, C. R. (2012). Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: Design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 33(5), 1065-1073.
- Grau, A. J., Weimar, C., Buggle, F., Heinrich, A., Goertler, M., Neumaier, S., ..., Diener, H. C. (2001). Risk factors, outcome, and treatment in subtypes of ischemic stroke: the German stroke data bank. *Stroke*, 32(11), 2559-2566
- Jiang, S-S., Shen, L-P., Ruan, H-F., Li, L., Gao, L-L., & Wan, L-H. (2014). Family function and health behaviours of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2014), 272-276.
- Kasuri, S., Tiamkao, S., & Jitpimolmard, S. (2004). Prevalence and possible causes of recurrent thrombotic stroke in Srinagarind Hospital. *I-San journal of internal medicine*, 3, 23-31.
- Koenig, K. L., Whyte, E. M., Munin, M. C., O'Donnell, L., Skidmore, E. R., Penrod, L. E., & Lenze, E. J. (2007). Stroke-Related Knowledge and Health Behaviors Among Poststroke Patients in Inpatient Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(9), 1214-1216.
- Kuptniratsaikul, V., & Ketumarn, P. (1997). The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people. *Siriraj Medical Journal*, 49(5), 442-448.
- Lortrakul, N. (2000). *Social support and health promoting behaviors among the elderly with coronary artery disease* (Master's Thesis Nursing science, Gerontological Nursing). Graduate School, Chiang Mai University.
- Mohr, J. P., Wolf, A. P., Grotta, C. J., Moskowitz, A. M., Mayberg, R. M., & Kummer, V. R. (2011). *Stroke: Pathophysiology diagnosis and management* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- National Stroke association. (2013). *Recovery after stroke: Recurrent stroke*. Retrieved from <http://www.stroke.org/>
- Nidhinandana, S., & Changchit, S. (2010). Prevalence of aspirin resistance in stroke patients in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 93(Suppl 6), S51-54.
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 383-390.
- Permsirivanich, W. (2008). *Update on poststroke Management*. Songkhla: Chanmuang Press.
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1(3), 385-401.
- Redfern, J., McKevitt, C., Dundas, R., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2000). Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: A prospective study. *Stroke*, 31(8), 1877-1881.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(6), 282-286.
- Sloma, A., Backlund, L. G., Strender, L. E., & Skånér, Y. (2010). Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: A questionnaire study. *BMC Family Practice*, 11.
- van Wijk, I., Kappelle, L. J., van Gijn, J., Koudstaal, P. J., Franke, C. L., Vermeulen, M., ..., Algra, A. (2005). Long-term survival and vascular event risk after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke: A cohort study. *Lancet*, 365(9477), 2098-2104. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66734
- Wongwandee, M. (2009). *Relationship between poststroke depression and lesion location* (Master's Thesis Science Program in Medicine). Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.