ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ

จันทร์จิรา สีสว่าง*
ปุลวิชช์ ทองแตง**

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุนั้น พบได้บ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตประสาทที่สำคัญ พบได้ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถของสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว คุณภาพชีวิต และการรอดชีวิตของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และรูปแบบการดูแลด้านจิตใจแบบลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, รูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
**วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

Post-Stroke Depression among Older Adult Stroke Survivors

Junjira Seesawang*
Pulawit Thongtang**

ABSTRACT

Post stroke depression in older patients has been considered as the most frequent and important neuropsychiatric consequence of stroke which can be found both early and late after stroke. Post stroke depression can have an adverse impact on cognitive function, long-term function recovery, quality of life, and survival. This article aims to review the situation of post stroke depression among older adult, consequences of post stroke depression, factors influencing on post stroke depression, and stepped care model for psychological care after stroke. Nurses can apply this knowledge in providing care to prevent and reduce the severity of post stroke depression for older adult stroke survivors.

Key words: Post stroke depression, Older adult, Stroke, Stepped care model

*RN., Professional level, Department of Pediatrics, Adolescent, Adult, and Geriatric Nursing, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi

**Instructor, Senior Professional Level, Department of Fundamental Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันในระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ป่วยทั่วโลก ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ และเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปีแรกสูงกว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี (Lokk & Delbari, 2010) ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคที่สามารถส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพได้นำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โครงสร้างของประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 65-75 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2552; William & Murray, 2013) จึงส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 599 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในช่วงอายุเฉลี่ย 65 ปี (Suwanwela, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงขึ้น 1.88 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Poungvarin, 2007) โรคหลอดเลือดสมองนอกจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว ยังเป็นสาเหตุของความพิการในผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นปัญหาและภาระต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ผลของความพิการส่งผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาด้านจิตใจหลายประการ เช่น หงุดหงิด เครียด โมโหง่าย และภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาและปฏิกิริยาด้านจิตใจที่สำคัญที่เกิดขึ้นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke depression) ที่พบได้บ่อยที่สุด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นผลกระทบที่สามารถพบได้ในช่วง 1-5 ปี ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Lokk &Delbari, 2010) โดยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายร้อยละ 4.7-65.2 ในขณะที่พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 5.9-78.3 ซึ่งแตกต่างจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ทั้งนี้อาจมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุและเวลาของการศึกษา เช่น การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปี พบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายร้อยละ 38.5 ส่วนเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.5 (Persky, Turtzo, & McCullough, 2010) ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยอายุ 40-64 ปี พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า (Oladiji et al., 2009) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงในช่วงเวลา 5 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า 33% และภาวะวิตกกังวล 29% ซึ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองและภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือน ถึง 5 ปี (Lincoln et al., 2013)

ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าระยะเวลาของการมีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ยาวนานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ โอกาสการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุและขึ้นอยู่กับการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียความจำและขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ เป็นอาการปกติที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุ ในขณะที่อาการอ่อนเพลีย แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน และภาวะสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Amaricai & Poenaru, 2016; Linden, Blomstrand, & Ingmar Skoog, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ (Carson, 2012) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อมีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

แม้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะปกติที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามนอกจากผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถพบปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และกังวลว่าจะรักษาโรคหลอดเลือดสมองหายหรือไม่ ซึ่งภาวะดังกล่าวล้วนส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นถือได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การประกอบอาชีพ กิจกรรมยามว่าง และกิจกรรมทางสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความสามารถในการทำกิจกรรมดังกล่าวได้ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ส่งผลให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ผู้ป่วยจะมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ยิ่งส่งเสริมให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 6 เดือนแรก พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support satisfaction) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) อยู่ในระดับต่ำ (Chau et al., 2010) และผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน

มากขึ้น มีภาวะสุขภาพทั่วไปที่แย่ลง และมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Srivastava, Taly, Gupta, & Murali, 2010) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสังคม สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากการที่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งเมื่อญาติต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว และรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

2. ผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่สถานบริการสุขภาพ หรือการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยผู้ดูแล แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Dong-Heun et al., 2015) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดแรงจูงใจหรือรู้สึกขาดเรี่ยวแรงในการทำกิจกรรมกายภาพบำบัด จึงส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพลดลง (Gillen, 2016; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานขึ้น นอกจากนี้ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ตามวัยที่เสื่อมลงตามปกติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะทุพพลภาพ ก็ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในระยะฟื้นฟูสภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาและเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จากการประเมินผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งพบว่าระยะเวลาในการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Sugawara et al., 2015) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือทางเดินปัสสาวะจากการนอนนานๆ หรือภาวะข้อติดแข็งจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือการไม่ปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพ

4. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากการศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายในระยะยาวและการฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพลดลง จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Robinson & Spalletta, 2010) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจมีผลต่อการทำนายอาการของโรค (Prognosis) และความเสี่ยงของอัตราการเสียชีวิต (Mortality) ภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือด

สมอง (Almeida & Xiao, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าอาจมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มักจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลลดลง (Carra et al., 2012; Dossa, Glickman, & Berlowitz, 2011)

จากการทบทวนเอกสารจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่แย่ลง (Declining health) ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังงาน (Energy) แรงจูงใจ (Motivation) ความสนใจ (Concentrate) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ลดลง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้สามารถลดความสามารถในการปรับตัวต่อความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มแย่ลง และมีโอกาสดีขึ้นได้น้อย ทั้งในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้ความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดได้จากหลายปัจจัย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น เพศ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยเหล่านั้นย่อมส่งผลในทางลบ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากมาย ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Lack of social support) การดูแลจากญาติ หรือบุคคลในครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ลำพังหรือขาดการดูแลที่ดีจากญาติหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกครอบครัวสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่มีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ บางรายขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน และขาดการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ เพราะความยากลำบากในการเดินทางและการขาดรายได้หลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011) จากผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการให้กำลังใจและการเอาใจใส่อยู่ในระดับต่ำ การสนับสนุนด้านการเงินและการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับระดับปานกลางร้อยละ 44 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2555)

2. เพศ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิง (Female gender) สูงกว่าเพศชาย (สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิณ

แสงอ่อน และทัศนา ทวีคูณ, 2554; Ellisa, Zhaoa, & Egedea, 2010) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย จึงทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย หรือในผู้ป่วยเพศหญิงบางรายที่รอดชีวิตต้องใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพังและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตาม บางผลการศึกษา พบว่าเพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง (Chakraborty, Basu, Jana, Banerjee, & Sanyal, 2016) ซึ่งอาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับเพศชายในฐานะผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทเดิมที่ตนเองเคยปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องได้ เช่น บทบาทผู้นำครอบครัว หรือผู้ทำหน้าที่หารายได้ดูแลครอบครัว จึงทำให้เกิดการสูญเสียบทบาทในครอบครัว (Family role) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองนั้น ประกอบไปด้วย ขีดจำกัดในการกระทำกิจกรรม (Functional limitation) ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหวและทางร่างกาย (Physical disability) และภาวะพร่องของสมรรถภาพสมอง (Cognitive impairment) จากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sugawara et al., 2015) หากผู้ป่วยมีความพิการรุนแรง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งหมด จะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแลในการทำกิจกรรมทั้งหมด ขาดการเข้าร่วมหรือติดต่อกับสังคม ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ซึ่งพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองลดลง และภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557) นอกจากนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 5-10 เท่าของผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Ayerbe et al., 2011)

3. การสูญเสียพลังอำนาจ (Lack of empowerment) การสูญเสียพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถเปลี่ยนแปลงไปจากผลของโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลและความช่วยเหลือจากครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ให้กับครอบครัวได้ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากสังคม เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าตามมาได้ นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้วผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น วิตกกังวลง่าย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายยิ่งขึ้น (Sit, Wong, Clinton, & Li, 2007)

4. ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค (Lesion location and volume) สำหรับปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับตำแหน่งและขนาดของรอยโรคนั้น ยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัด เนื่องจากมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างกัน นอกจากนี้ตำแหน่งของรอยโรคบริเวณ Pallidum จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ (Wei et al., 2015)

5. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีต (Past history of depression or psychiatric illness) และอาชีพ นอกจากนี้การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทย พบว่าความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ในการรู้คิด กลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุนั้นมีทั้งปัจจัยด้านร่างกาย และจิตสังคม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถือว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

รูปแบบการดูแลด้านจิตใจหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกายและสมองอย่างเฉียบพลัน ซึ่งผลที่ตามมามีทั้งปัญหาด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจตอบสนองต่อความพิการของร่างกาย ดังนั้นจิตใจมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่เป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Psychological care after stroke) จึงควรมีการวางแผนอย่างเป็นลำดับขั้น และควรปฏิบัติควบคู่กับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากกระบวนการฟื้นฟูสภาพและการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านจิตใจหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความอดทนของผู้ป่วย หรือความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น บุคลากรและหน่วยงานด้านสุขภาพจึงให้ความตระหนักกับปัญหาดังกล่าว โดยการพัฒนาและเสนอรูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้น (Stepped care model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล รูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้นจึงได้รับการยอมรับและเสนอแนะให้ใช้ในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Gillham & Clarke, 2011)

รูปแบบการดูแลด้านจิตใจแบบลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stepped-care model for psychological care after stroke) มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยโดยเริ่มจากการดูแลขั้นพื้นฐานไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้นนี้ บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย ทั้งนี้รูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้นได้เสนอแนวทางการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับความรุนแรงของปัญหาหรือความผิดปกติด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ (Gillham & Massey, 2013)

1. ระดับปกติ (Sub-threshold problems' at a level common to many or most people with stroke) เป็นความผิดปกติของอารมณ์และสมองที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ในระดับนี้ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการปรับตัวและการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อการดำเนินชีวิต (Lifestyle) และอัตลักษณ์ (Identity) ผู้ป่วยจะมีอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ (Mood) และความผิดปกติของความสามารถของสมอง (Cognitive disorders) ในระดับเล็กน้อย ซึ่งมีผลกระทบเล็กน้อยต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลช่วยเหลือ

ในระยะนี้จึงเป็นการดูแลช่วยเหลือแบบรายกลุ่ม (Groups/peers support) และการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specialist staff) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ ให้การพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) ช่วยเหลือในการปรับตัว (Helping with adjusting) และการตั้งเป้าหมายและการแก้ปัญหา (Goal setting and problem solving) โดยการจัดกิจกรรมและให้ข้อมูลต่างๆ ควรจัดให้ผู้ป่วยเข้ากิจกรรมในโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะเน้นการจัดโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support) การเข้ากลุ่มกิจกรรมคลายเครียด เช่น ดนตรีบำบัด (Music therapy) (Sarkamo et al., 2008) หรือศิลปะบำบัด (Art therapy) และการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและการดูแลด้านจิตใจแบบรายกลุ่ม (Psychosocial education group)

2. ระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild-to-moderate levels of mood and/or cognition impairment) ในระดับนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติของอารมณ์หรือความสามารถของสมองที่รบกวนกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นในระยะนี้จึงจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบสหสาขาวิชาชีพทั้งจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมการดูแลจะเน้นเรื่องการให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) (Hadidi et al., 2014) เช่นเดียวกับระดับปกติ สำหรับบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะนี้คือ การจัดโปรแกรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Social interaction) สังเกตและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการเข้าสังคมกับญาติ และพี่น้องคนอื่นๆ ไม่ควรแยกตัวโดดเดี่ยวเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี ควรส่งเสริมการออกกำลังกายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงมาหัดเดิน หรือนั่งเก้าอี้ และพูดคุยกับผู้อื่น และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant) รวมทั้งประเมินและเฝ้าสังเกตผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความคิดหรือการรับรู้ที่ผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง

3. ระดับรุนแรง (Severe & persistent disorders of mood and/or cognition) ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการทั้งการจัดการด้านอารมณ์และความสามารถของสมองที่เปลี่ยนไป การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง แต่เน้นให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าความคิดด้านลบหรือเศร้าเป็นกรอบที่ครอบไว้ไม่ให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้เอง การค้นหา Negative automatic thoughts เป็นวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษาตามที่ตั้งไว้ (Broomfield et al., 2010) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเนื่องจากในระยะนี้จำเป็นต้องมีการประสานงานกับบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น นักวิทยาศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Neuropsychologist) พยาบาลควรพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ทราบวิธีการปฏิบัติและการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) หากพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงต้องส่งต่อปรึกษาแพทย์หรือนักจิตวิทยาต่อไป นอกจากนี้พยาบาลจะต้องให้การดูแลเรื่องการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมเหมือนผู้ป่วยระดับปกติ เช่น โปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน กิจกรรมคลายเครียด เป็นต้น ในระยะนี้พยาบาลต้องเน้นให้ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ญาติเห็น

ความสำคัญของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ถึงแม้ผู้ป่วยอาจทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้เหมือนเดิมแต่ผู้ป่วยยังคงเป็นคนสำคัญของครอบครัว การให้ความรัก ความสนใจและให้กำลังใจผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ และควรแนะนำญาติและผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพ ถึงแม้จะเป็นเป้าหมายเล็กๆ แต่มีความหมายและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมหรือวางแผนอนาคตได้ ซึ่งการบรรลุเป้าหมายนั้นญาติและผู้ป่วยจะต้องใช้ความอดทน ความมั่นใจและเชื่อใจในตนเอง นอกจากนี้พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วย

หากพิจารณาตามรูปแบบการดูแลด้านจิตใจตามลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลด้านจิตใจผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ การคัดกรอง (Screening)ว่าผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยคัดกรองความผิดปกติทั้งด้านอารมณ์ (Mood screening) และความคิด (Cognition screening) ในผู้ป่วยทุกรายภายใน 6 สัปดาห์ หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีการประเมินซ้ำหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งหากพบความผิดปกติด้านความคิดในการคัดกรองครั้งแรก การประเมินในระยะนี้ไม่จำเป็นต้องคัดกรองด้านความคิดซ้ำอีกและสำหรับการประเมินในช่วง 1 ปีหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะเป็นการคัดกรองเฉพาะด้านอารมณ์ (Kneebone, Neffgen, & Pettyfer, 2012) ซึ่งนอกจากการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินแล้ว พยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งการพูด และกิริยาท่าทางเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุถือว่าเป็นปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายยิ่งขึ้น ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในช่วงระยะ 1 – 3 เดือนแรก และจะค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไปนานกว่า 1 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ และความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการใช้รูปแบบการดูแลแบบลำดับขั้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยอาจปรับตัวได้เองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา ซึ่งเป็นระยะที่บุคลากรด้านสุขภาพควรให้การดูแลด้วยการประคับประคองทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ แต่ในรายที่มีอาการทางจิตใจมากจนรบกวนต่อการรักษาของแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ จำเป็นจะต้องส่งต่อเพื่อให้การบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญและการใช้ยาที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้าประสบการณ์ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นต้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. (2552). วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 4(3), 34-43.

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. Journal of Nursing Science, 30(1), 28-39.

วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(2), 33-43.

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิณ แสงอ่อน และทัศนา ทวีคูณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17(3), 412-429.

Almeida, O.P., & Xiao, J. (2007). Mortality associated with incident mental health disorder after stroke. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41(3), 274–281.

Amaricai, E., & Poenaru, D.V. (2016). The post-stroke depression and its impact on functioning in young and adult stroke patients of a rehabilitation unit. Journal of Mental Health, 25, 137-141. doi: 10.3109/09638237.2015.1022251

Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A.G., Heuschmann, P.U., & Wolfe, C.D.A. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. Stroke, 42, 1907-1911.

Broomfield, N.M., Laidlaw, K., Hickabottom, E., Murray, M.F., Pendrey, R., Whittick, J.E., & Gillespie, D.C. (2010). Post-stroke depression: the case for augmented, individually tailored cognitive behavioural therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy, 18, 202–217. doi: 10.1002/cpp. 711.

Carrà , G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M.C., Heider, D., Brugha, T.,…Toumi, M. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 262(7), 607–616.

Carson, A. J. (2012). Mood disorder as a specific complication of stroke. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 83, 859. doi:10.1136/jnnp-2011-301854.

Chakraborty, S., Basu, R., Jana, A.K., Banerjee, M., & Sanyal, D. (2016). Prevalence of post stroke depression in male and female patients visiting a rural hospital outpatient. International Journal of Innovative Research in Medical Sciences, 1(6), 294-302.

Chau, J.P., Thompson, D.R., Chang, A.M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S.K., & Kwok, T. (2010). Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. Journal of Clinical Nursing, 19(21-22), 3042-3050.

Dong-Heun, A., Yung-Jin, L., Ji-Hun J., Yong-Rok, K., & Jong-Bum, P. (2015).The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. Annals of Rehabilitation of Medicine, 39, 74-80. doi: 10.5535/arm.2015.39.1.74.

Dossa, A., Glickman, M. E., & Berlowitz, D. (2011). Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation. BMC Health Services Research, 11, 2-10. doi: 10.1186/1472-6963-11-311.

Ellisa, C., Zhaoa, Y., & Egedea, L.E. (2010). Depression and increased risk of death in adults with stroke. Journal of Psychosomatic Research, 68(6), 545-51.

Gillen, G. (2016). Stroke rehabilitation: a function-based approach (4th ed.). New York: Elsevier Inc.

Gillham, S, & Clarke, L. (2011). Psychological care after stroke: improving stroke services for people with cognitive and mood disorders. Leicester: NHS Improvement.

Gillham, S, & Massey, C. (2013). A framework for psychological care for people with stroke. Peninsula heart and Stroke Network: NHS Improvement.

Hadidi, N.N., Lindquist, R., Buckwalter, K., & Savik, K. (2014). Feasibility of a pilot study of problem-solving therapy for stroke survivors. Rehabilitation Nursing, 40, 327–337. doi: 10.1002/rnj.148.

Kneebone, I.I., Neffgen, L., & Pettyfer, S. (2012). Screening for depression and anxiety after stroke: developing protocols for use in the community. Disability and Rehabilitation, 34, 1114–1120. doi: 10.3109/09638288.2011.636137.

Lincoln, N.B., Brinkmann, N., Cunningham, S., Dejaeger, E., De Weerdt, W., Jenni, W.,… De Wit, L. (2013). Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. Disability & Rehabilitation, 35(2), 140-145.

Linden T, Blomstrand C, Skoog I. (2007). Depressive disorders after 20 months in elderly stroke patients: a case-control study. Stroke, 38(6), 1860–1863.

Lokk, J., & Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patient. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 6, 539–549. doi: 10.2147/NDT.S7637.

Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P, & Kuptniratsaikul, V. (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. Journal of Medical Association Thai, 91(10), 1595-1602.

Oladiji, J.O., Akinbo, S.R.A., Aina, O.F., & Aiyejusunle, C.B. (2009). Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria. African Journal of Psychiatry, 12, 47-51.

Persky, R.W., Turtzo, L.C., & McCullough, L.D. (2010). Stroke in women: disparities and outcomes. Current Cardiology Reports Journal, 12(1), 6–13.

Poungvarin, N. (2007). Burden of stroke in Thailand. International Journal of Stroke, 2, 127-128.

Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: a review. Canadian Journal of Psychiatry, 55(6), 341–349.

Sarkamo T, Tervaniemi M, Laitinen S, Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M,…Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. Brain, 131, 866–876. doi: 10.1093/brain/awn013.

Sit, J., Wong, T., Clinton, M., & Li, L. (2007). Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: a longitudinal study. Psychology, Health and Medicine, 12(2), 117-125.

Srivastava, A., Taly, A.B., Gupta, A., & Murali, T. (2010). Post-stroke depression: prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors. Annals of Indian Academy of Neurology, 13(2), 123–127.

Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T.,…Yasui-Furukori, N. (2015). Effects of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 2551-2556. doi:10.2147/ NDT.S91303.

Suwanwela, N.C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. Journal of Stroke, 16(1), 1-7.

Wei, N., Yong, W., Li, X., Zhou, Y., Deng, M., Zhu, H., & Jin, H. (2015). Post-stroke depression and lesion location: a systematic review. Journal of Neurology, 262(1), 81-90.

Williams, S., & Murray, C. (2013). The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke. Australian Occupational Therapy, 60, 39-47.