

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ปัทมिता ทรวงโพธิ์, พย.ม.*

สุพร วงศ์ประทุม, ประ.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (A cross - sectional study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ขนาดใหญ่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 5 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 184 คน ซึ่ง สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน บุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐาน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงเท่ากับ 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (ร้อยละ 70.1) และ สภาพสมองปกติ (ร้อยละ 59.9) และปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง ต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($p = 0.006$, $p = 0.000$, $p = 0.005$, $p = 0.048$ ตามลำดับ) และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและขึ้นต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน เอง $r = -0.451$ และ $r = -0.292$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกรายขณะรักษาอยู่ ในโรงพยาบาลหรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อวางแผนติดตามในรายที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็น ระยะๆ และใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง และสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า

*อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**ข้าราชการบำนาญ พยาบาลเชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต

E-mail: patittas@g.swu.ac.th

Factors Associated With Depression Among The Older Persons With Stroke In Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Pathitta Suangpho, M.N.S.

Suporn Wongkpratoom, Ph.D.

Abstract

This cross-sectional study aimed to describe the level of depression and the factors associated with depression among the older persons with stroke in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Multistage sampling was used to obtain 184 subjects from one big hospital and five health promoting hospitals. The research instruments included personal questionnaire, stroke and source of support questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale, Thai Mental State Examination, The Barthel Activity of Daily Living Index, and Chula Activities of Daily Living Index. The reliability of the questionnaires coefficient of Cronbach's alpha were 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 and 0.89 respectively. Descriptive statistics, Chi-square and Pearson Product Moment Correlation Coefficient were used to analyze the data.

The results revealed that depression in older persons with stroke were a normal level (70.1%) and normal cognitive function (59.9%). The personal factors associated with depression among the older persons with stroke at the statistical significantly included gender, age, personal average monthly incomes, and family average monthly incomes ($p = 0.006$, $p = 0.000$, $p = 0.005$, $p = 0.048$ respectively). The ability to perform basic daily activities, and daily routines on an ongoing basis were significantly correlated with depression ($r = -0.451$ and $r = -0.292$) $p < 0.01$ respectively. The results of this study can be used to promote screening for depression in older persons with stroke while in-hospital or before discharge from the hospital in order to plan for follow-up in patients with depression, periodically and used in the development of a program to promote daily activities of older persons with stroke and can be used to develop a nursing practice guideline for the prevention of post-stroke depression suitable for older persons with stroke

Keywords: Older Persons with Stroke Depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบทางประสาทจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุดหลังโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง โดยก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน เพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตด้วย (Aniwattanapong, 2018) ซึ่งพบว่า ในระยะ 1 ปี ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Yuan et al., 2012) และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในระยะ 2-5 ปี (Bartoli et al., 2013) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิง ร้อยละ 5.9–78.3 และเพศชาย ร้อยละ 4.7–65.2 (Seesawang & Thongtang, 2016) ซึ่งพบในกลุ่ม early onset คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่นาน ระยะ 3 เดือน ถึง 6 เดือน และกลุ่ม delay onset คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ตรวจติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือ ในระยะ 1-2 ปี (Aniwattanapong, 2018; Llorca, Castilla-Guerra, Moreno, Doblado, & Hernandez, 2015) โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 6-24 เดือน (Lokk & Delbari, 2010) ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33 (Lincoln et al., 2013) ในขณะที่ประเทศ

ไทยพบ ร้อยละ 12-72.5 ซึ่งความแตกต่างของความชุกนี้อาจเกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่างกัน ระยะเวลาหลังโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Aniwattanapong, D. 2018) และจากการศึกษาของเสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญพัฒนา (2561) เรื่องผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิซม์โดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีกาภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 95.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.5 (Preamthong & Kespichayawattana, 2018)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (Seesawang & Thongtang, 2016) ได้แก่ 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวัน ในระยะ 6 เดือนแรก ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งระดับเล็กน้อยและรุนแรงจะเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และมีความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม (social support satisfaction) ในระดับต่ำ จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional abilities) ลดลง (Chau et al., 2010) 2) การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ากว่าผู้ที่ไม่มีกาภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากขาดแรงจูงใจหรือไม่มีแรงในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Seesawang & Thongtang, 2016; Withatanang, Saneha, & Pinyopasakul, 2018) 3) การกลับเข้า

รับการรักษาและระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Sugawara et al., 2015) 4) ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง การจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตร ทำให้สมรรถภาพสมองบกพร่อง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจึงส่งผลให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Sugawara et al., 2015)

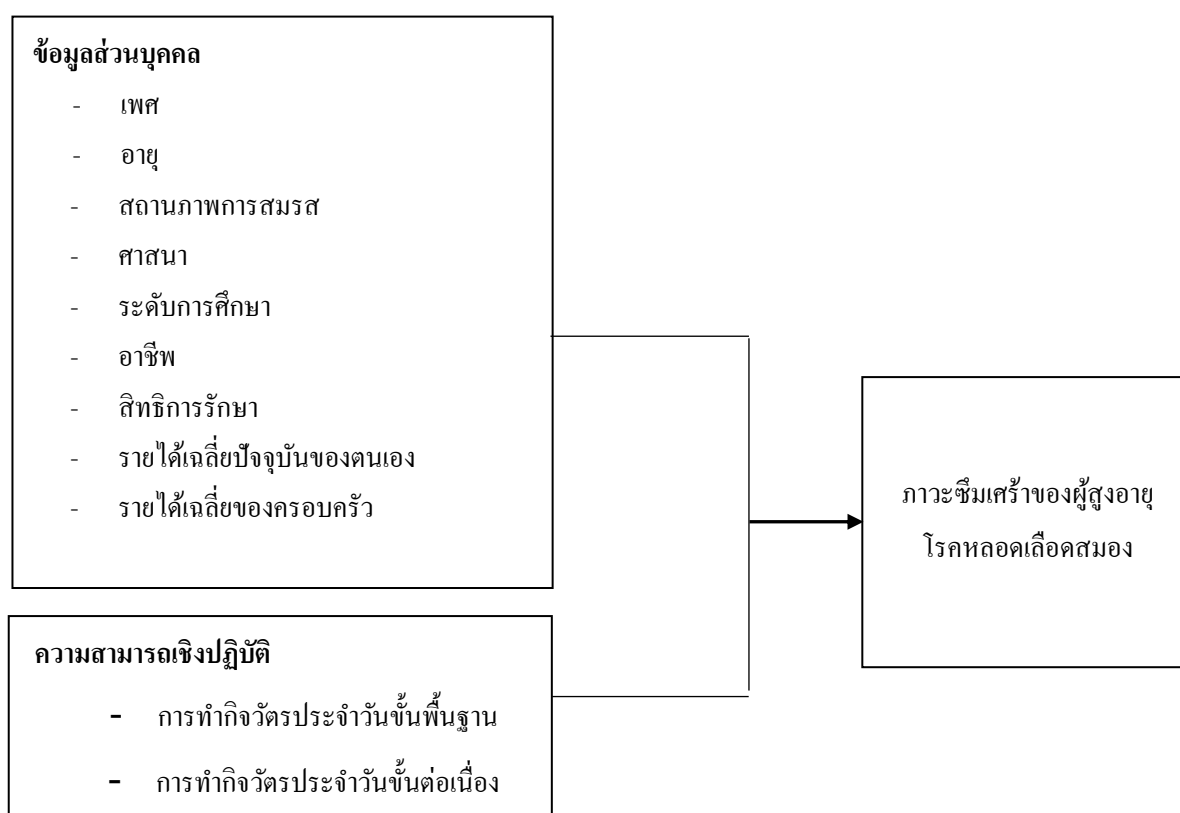
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีต การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย เป็นต้น (Aniwattanapong, 2018; Aiamanan & Pattanarueangkul, 2021; Seesawang & Thongtang, 2016) และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียพลังอำนาจ (Seesawang, & Thongtang, 2016; Suttupong & Sindhu, 2012) รายได้น้อย (Aiamanan & Pattanarueangkul, 2021) เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Tuyen, Jullamate, and Rosenberg (2017) พบว่า ผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม และควมมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Suttupong and Sindhu (2012) พบว่า แผลกดทับและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และแผลกดทับ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาพบว่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีจำนวน 2021, 2,304 และ 2,543 คนตามลำดับ จากปัญหภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้บ่อย เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใน

(Aniwattanapong,Pattanarueangkul,2018, Aiamanan&,2021;Seesawang&Thongtang,2016) และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียพลั้งอำนาจ (Seesawang &Thongtang, 2016, Suttupong & Sindhu,2012)ร าย ๒ ตั น์ นั อ ย (Aiamanan &

Pattanarueangkul, 2021) เป็นต้น จึงนำมาสู่กรอบ
แนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้รูปแบบเป็นการวิจัย
เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional
Study) ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563
ถึงเดือน มกราคม 2564

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการ
วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่
มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง และพัก
อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
จำนวน 2,543 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

ได้จำนวน 184 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage Sampling) จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 442 คน คิดเป็นร้อยละ 17.38 และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง รวมทั้งหมด 42 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2,101 คน คิดเป็นร้อยละ 82.62 หลังจากนั้นทำการแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 184 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง ร้อยละ 17.38 เท่ากับ 31.97 หรือคิดเป็นจำนวน 32 คน และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง ร้อยละ 82.62 เท่ากับ 152.02 หรือคิดเป็น 152 คน รวมทั้งหมด 184 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ โดยรายชื่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ได้จากการสุ่ม คือ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลขนาดเล็ก และ

ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง ที่ได้จากการสุ่ม คือ 5 แห่ง คือ 1) รพ.สต. หลักร้อย จำนวน 30 คน 2) รพ.สต. โนนฝรั่ง จำนวน 30 คน 3) รพ.สต. ขนาย จำนวน 31 คน 4) รพ.สต. ระกาย จำนวน 31 คน และ 5) รพ.สต. โพนสูง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 5 ปี 3) รักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยการรับประทานยา และ 4) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็น

แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 6 ข้อ และเติมคำ 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพสำคัญ และแหล่งสนับสนุน เป็นคำถามแบบเลือกตอบทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะข้อคำถามให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ข้อคำถามที่เป็นความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เหลือเป็นความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนน 13-18 หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 25-30 หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537 และ กรมสุขภาพจิต, 2564) และ 2) แบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (orientation) 6 คะแนน ความจำ (registration) 3 คะแนน ความตั้งใจ (attention) 5 คะแนน การคำนวณ (calculation) 3 คะแนน ความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (language) 10 คะแนน และความระลึกได้ (recall) 3 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการดูแลตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-95 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากและ 100 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง (Chula Activities of Daily Living Index: IADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเตรียมอาหาร/หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์สาธารณะ/รถสองแถว คะแนนเต็ม 10 คะแนน การแปลผลคะแนน 0 - 8 หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ ต้องมีผู้ช่วย

เหลือ 9 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2537)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ยกเว้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้นำไปตรวจหาความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพ ในรพ.สต. ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และแบบ

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง มีค่าเท่ากับ 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 018/2020 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย การแจ้งสิทธิ์ในการถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยคณะผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอย่างละเอียดถึงวิธีการใช้เครื่องมือ และแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่งแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจโรคของหอผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาติดตามผลการรักษา และหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอยู่รักษา ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบ

ความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 184 ชุด แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน ภาวะซึมเศร้า สภาพสมองของไทย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ, สถานภาพการสมรส, ศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ และสิทธิการรักษาโดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับอายุ, รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง, รายได้เฉลี่ยของครอบครัว, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่องโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.4 (Mean = 67.85, SD = 7.62)

สถานภาพการสมรส ร้อยละ 61.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.7 สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.4 รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเองน้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.0 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทเรื้อรัง ร้อยละ 71.7 ชนิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) ร้อยละ 48.4 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ร้อยละ 46.7 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.2 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.7 ตามลำดับ บุคคลที่อาศัยในครอบครัวส่วนใหญ่คือ สามเณร/ภรรยา บุตร และหลาน ร้อยละ 67.9 ได้รับสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 83.2 มีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 95.7 และผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรสและบุตร ร้อยละ 32

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 70.7 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 23.9 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ และสภาพสมองปกติ ร้อยละ 59.9

4. ความสามารถเชิงปฏิบัติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 30.4 กิจกรรมรายชื่อที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ร้อยละ 82.1 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้เองมากที่สุด คือ การทอนเงิน/แลกเงิน ร้อยละ 72.9

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p = 0.006$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n=184$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (%)	p-value
เพศ	เพศชาย	71 (38.6)	0.006*
	เพศหญิง	113 (61.4)	

5.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความสามารถเชิงปฏิบัติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ($r=.176$, $p < 0.01$) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ($r=-.236$, $p < 0.01$) รายได้เฉลี่ยของ

ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.275$, $p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับปานกลาง ($r=-.451$, $p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.292$, $p < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความสามารถเชิงปฏิบัติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=184)

ตัวแปร		จำนวน (%)	r	p-value
อายุ	60-69 ปี	124 (67.4)	.176	0.01
	70-79 ปี	37 (20.1)		
	80-89 ปี	23 (12.5)		
M±SD. : 67.85±7.62				
Median(Min., Max.) : 66(60, 89)				
รายได้ตนเอง < 1,000 บาท		114 (62.0)	-.236	0.01
1,000 - 5,000 บาท		26 (14.1)		
5,000 - 10,000 บาท		26 (14.1)		
10,001 - 15,000 บาท		5 (2.7)		
15,001 – 20,000 บาท		1 (.5)		
>20,001 บาท		12 (6.5)		
M±SD. : 1.85 ± 1.39				
Median(Min., Max.) : 1.00 (5,1)				
รายได้เฉลี่ยครอบครัว < 1,000 บาท		22 (12.0)	-.275	0.01
1,000 - 5,000 บาท		36 (19.6)		
5,000 - 10,000 บาท		24 (13.0)		
10,001 - 15,000 บาท		19 (10.3)		
15,001 – 20,000 บาท		23 (12.5)		
>20,001 บาท		60 (32.6)		
M±SD. : 21,435.33 ± 27,195.67				
Median(Min., Max.) : (500, 60,000)				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน			-.451	0.01
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง			-.292	0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีที่พึ่งและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด และเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวด้านจิตใจได้ดี (Singhad, 2014) รวมทั้งผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรสและบุตร จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและต้องการขวัญและกำลังใจ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Chau et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (Suttupong & Sindhu, 2012) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านศาสนามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pongkaset, Samaae, Wanitchanon, Pongkaset, & Vittayakul, 2019) โดยความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุ (Puttametta & Soonthornchaiya, 2016) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาและเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะมีความซึมเศร้าน้อย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจอันเป็นนามธรรม เมื่อบุคคลมีความทุกข์ไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือจิตใจมักจะใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาเยียวยารักษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้มีที่สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาจึงช่วยกล่อมเกลาจิตใจไม่ให้คิดฟุ้งซ่านและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Nirattisai, 2019)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล และความสามารถเชิงปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ดังนี้ เพศ มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยการศึกษาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Chunjam, Sangon, & Thaweekoon, 2011, 418; Seesawang & Thongtang, 2016) ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่ต้องอยู่บ้าน ต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงทำให้ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนนอกบ้าน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ทำให้ไม่มีสิ่งอื่น

มาหันเหความสนใจไปได้ จึงทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (Rungreangkulkij, Chirawatkul, Kongsuk, Sukavaha, Leejongpermpoon, & Sutatho, 2012) แต่มีงานวิจัยบางเรื่องพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (Aniwattanapong, 2018; Oladiji, Akinbo, Aina, & Aiyejusunle, 2009) อย่างไรก็ตามเนื่องจากวัฒนธรรมสังคมไทยที่ยกย่องให้ความสำคัญกับผู้ชายในฐานะผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตจึงสูญเสียศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทที่เคยทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดรายได้และการยอมรับจากสังคม และทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในที่สุด (Sathirapanya & Sathirapanya, 2005) นอกจากนี้ การศึกษาบางเรื่องพบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Tuyen, Jullamate, and Rosenberg, 2017)

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ($r=.176, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Glamcevski and Pierson (2005) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โดยเฉพา นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งเป็น active precursor ของอีพิเนฟริน (epinephrine) ในก้านสมองมีระดับลดลง

จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Thongcharoen, 2011) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเองและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.236, p < 0.01$ และ $r=-.275, p < 0.01$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ของตนเองและครอบครัวรวมกันมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน อธิบายได้ว่า การมีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายที่น้อยลง จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร และใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้ไม่มีความกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pongkaset, Samaae, Wanitchanon, Pongkaset, & Vittayakul, 2019) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับปานกลาง ($r=-.451, p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.292, p < 0.01$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ซึ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Pei et al., 2016) และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบ กล่าวคือ ค่าคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าน้อยก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่องได้เอง ทำให้การพึ่งพาสังคมและคนรอบข้างน้อยลง และส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Pumchan, Jitpanya, & Sasat, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรผันของภาวะซึมเศร้า (Sathirapanya & Sathirapanya, 2005)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปศึกษาพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าปานกลางจนถึงระดับรุนแรง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์มากกว่านี้

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อไป

3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46, (1), 1-9.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- กาดาลี หะยีเดและประชา ฤาษุดกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัด ปัตตานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยสงฆครินทร์).
- Aiamanan, M., & Pattanarueangkul, P. (2021). Post-stroke depression among older adult and management [Electronic Version]. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 55-61. Retrived from file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/245597-Article%20Text-898163-1-10-20210622.pdf (in Thai).
- Aniwattanapong, D. (2018). Post-stroke depression [Electronic version]. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 63(4), 383-384. Retrived from http://psychiatry.or.th/JOURNAL/63-4/07_Daruj.pdf (Thai)
- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A.G., Heuschmann, P.U., & Wolfe, C.D.A. (2011). Natural 43 histories, predictors, and associations of depression 5 years after stroke [Electronic version]. *Stroke*, 42(7), 1907–1911. Retrived from <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.110.605808>
- Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G., ... Clerici, M. (2013). Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis [Electronic version]. *Stroke Res Treat*, 2013, 1-11. Retrived from <https://downloads.hindawi.com/journals/srt/2013/862978.pdf>
- Chau, J.P-C., Thompson, D.R., Chang, A.M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S.K., & Kwok, T. (2010). Depression Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3042-

3050. Retrived from
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2010.03317.x>
- Chunjam, S., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2011). A survey of depression research in Thailand [Electronic version]. *Rama Nurs J*, 17(3), 412-429. Retrived from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9046/7706> (in Thai)
- Glamceviski, Mihajlo Tome, and Jane Pierson. (2005) . “Prevalence of and Factors Associated with Poststroke Depression: A Malaysian Study.” *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 14(4):157–61. doi: 10.1016/j.strokecerebrovasdis.2005.03.006.
- Lincoln, N.B., Brinkmann, N., Cunningham, S., Dejaeger, E., Weerdt, W.D., Jenni, W., ... De-wit, L. (2013). Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up [Electronic version]. *Disabil Rehabil*, 35(2), 140-145. Retrived from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.691939>
- Llorca, G.E., Castilla-Guerra, L., Moreno, M.C.F., Doblado, S.R., & Hernández, M.D.J. (2015). Post- stroke depression: an update [Electronic version]. *Neurologia*, 30(1), 23-31. Retrived from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22901370/>
- Lokk, J., & Delbari, A. (2013). Management of depression in elderly stroke patients [Electronic version]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 6, 539-549. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938303/>
- Nirattisai, N. (2019). The Buddhism principles and depression therapy [Electronic version]. *Journal of Yanasangvorn Research Institute*, 10(2), 303-317. Retrived from [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20(1).pdf) (in Thai)
- 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 [Electronic version]. *Psychiatry*

- (Johannesbg), 12(1), 47-51. Retrived from doi: 10.4314/ajpsy.v12i1.30278
- Pei, L, Zang, X-Y., Wang, Y., Chai, Q-W., Wang, J-Y., Sun, C-Y., & Zhang, Q. (2016). Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke [Electronic version]. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3(1), 29-34. Retrived from https://www.researchgate.net/publication/n/295101954_Factors_associated_
- Pongkaset, A., Samaae, S., Wanitchanon, K., Pongkaset, K., & Vittayakul, S. (2019). Depressio among elderly in Yala City: a case study [Electronic version]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 14-26. Retrived from 20190808%file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/171198-Article%20Text-649375-2-10-20(5).pdf (in Thai)
- Preamthong, S., & Kespichayawattana, j. (2018). The effect of using Humanitude concept by family caregivers care on depression in older persons with stroke [Electronic version]. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 221-230. Retrived from he01.tci-thaijo.org (in Thai)
- Pumchan, V., Jitpanya, C., & Sasat, S. (2014). Selected factors related to depression in post acute stroke patients [Electronic version]. *Journal of The Police Nurse*, 6(2), 33-43. Retrived from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/27819/23918> (in Thai)
- Puttametta, M., & Soonthornchaiya, R. (2016). Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region [Electronic version]. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 69-83. Retrived from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/issue/view/8278> (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Chirawatkul, S., Kongsuk, T., Sukavaha, S., Leejongpermpoon, J. & Sutatho, Y. (2012). Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women [Electronic version]. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 57(1), 61-74. Retrived from [file:///C:/Users/HP%20B&O/Download s/06-Somporn.pdf](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/issue/view/8278) (in Thai)
- Sathirapanya, C., & Sathirapanya, P. (2005). Factors influencing depression among

- patients with stroke [Electronic version]. *Songkla Med J*, 23(Supp (2), 67-76. Retrived from http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj23_su ppl2/pdf/07sathirapanya.pdf (in Thai)
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors [Electronic version]. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 73-85. Retrived from [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/113480-Article%20Text-290925-1-10-20180226%20\(20\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/113480-Article%20Text-290925-1-10-20180226%20(20).pdf) (in Thai)
- Singhad, S. (2014). Nursing of the elderly with depression [Electronic version]. *Journal of Scince and Tecnology, Ubol Ratchathani University*, 18 (3), 15-24. Retrived from https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84720/67471 (in Thai)
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... Yasui-Furukon, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan [Electronic version]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 2551–2556. Retrived from <https://www.dovepress.com/effect-of-depressive-symptoms-on-the-length-of-hospital-stay-among-peer-reviewed-fulltext-article-NDT#>
- Suttupong, C., & Sindhu, S. (2012). Predicting factors of depression in older people post-stroke in Urban Communities [Electronic version]. *J Nurs Sci*, 30(1), 29-39. Retrived from <https://ns.mahidol.ac.th/english/journalNS/pdf/vol30/issue1/Chophaka.pdf> (in Thai)
- Withatanang, P., Saneha, C., & Pinyopasakul, Y. (2018). Factors Influencing Depression in Patients with First Ischemic Stroke [Electronic version]. *J NURS SCI*, 36(1), 45-56. Retrived from <https://li02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/145499/107465>
- Tateno, A., Kimura, M., & Robinson, R.G. (2002). Phenomenological characteristics of poststroke depression: early- versus late-onset [Electronic version]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10, 575-582. Retrived from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12213692/>

Thongchareon, V. (2011). Older person anatomy and physiology. In Thongchareon, V. (Ed.), Science and art of older persons nursing care (1st ed., pp. 55-70). Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University, Textbook Unit.

Tuyen, T.L.T., Jullamate, P., & Rosenberg, Ed. (2017). Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam [Electronic version]. *Journal of Nursing and Health care*, 11(3), 148-156. Retrived from

<http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.11%20No.3/017.pdf> (in Thai)

Yuan, H.W., Wang, C.X., Zhang, N., Bai, Y., Shi, Y.Z., Zhou, Y., ... Wang, Y.J. (2012). Poststroke depression: and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study [Electronic version]. *PLoS One*, 7(10), 1-7. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474769/>