

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการ Post-stroke depression among older adult and management

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และปทุมวดี พัฒนเรืองกุล

Maneerat Aiamanan, and Pratoomvadee Pattanarueangkul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

College of Nursing, Christian University of Thailand

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุพบได้บ่อย และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีความรู้ความเข้าใจในภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ สามารถประเมิน และจัดการบรรเทาภาวะซึมเศร้าโดยตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Post-stroke depression is common among older adult patients and has affected them on physical, mental, social and economic conditions. Thus, medical personnel and caregivers of these older adult patients should have comprehensive understanding of the post-stroke depressive symptoms including assessment and management in order to alleviate the depressive condition with respect to patients' value.

Keywords: Older Adult, Post-stroke Depression

ความนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (วีระชัย จิตภักดิ์, สมรักษ์ สันติเบญจกุล, และกฤษณา พิวเวช, 2560) ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

สมอง อายุระหว่าง 60-70 ปี สูงถึง ร้อยละ 38.21 (Wang et al., 2017) ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง มีสูงถึง ร้อยละ 76.6 (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริวร

Corresponding author E-mail: maneerat.a@hotmail.com

วันที่รับบทความ: 30 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ: 4 พฤษภาคม 2564

สินธุ, 2555) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 95.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.5 (เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรก อีกทั้งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษามากกว่าครึ่ง (Esparrago Llorca, Castilla-Guerra, Fernandez Moreno, Ruiz Doblado, & Jimenez Hernandez, 2015) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในเวลาเป็นสัปดาห์ เดือนหรือเป็นปีแล้วอาจหายได้ หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ จึงควรได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงสัปดาห์แรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คืออาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป และอาการกระสับกระส่าย (Nakase, Tobisawa, Sasaki, & Suzuki, 2016)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. พันธุกรรม ได้แก่ การมีประวัติเจ็บป่วยครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Wang et al., 2017)

2. เพศ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าทั้งในเพศหญิงและชาย บางการศึกษาพบผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (Shi, Yang, Zeng, & Wu, 2017) อาจเพราะเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย จึงพบจำนวนผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้สูงอายุชาย บางการศึกษาพบว่าผู้ชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้หญิง (Chakraborty, Basu, Jana, Banerjee, & Sanyal, 2016; Sarfo et al., 2017; เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) อาจเพราะ

เพศชายมีบทบาทผู้นำในหน้าที่การงาน และครอบครัวเป็นผู้หารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เมื่อเกิดโรคดังกล่าวทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. อายุ ผู้สูงอายุตอนต้นมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย Shi และคณะ (2017) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ที่อายุน้อยกว่า 70 ปีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้อายุมากกว่า 65 ปีพบเพียง ร้อยละ 12 (Suwanwela, 2014)

4. ความรุนแรงของโรค อารีย์ สงวนเชื้อ, ปณณทัตตันธนปัญญากร, และรัตนารณณ์ อาษา (2562) พบว่าในผู้สูงอายุที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซอฟกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ (2555) พบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการของโรคที่รุนแรง อาจทำให้เกิดความพิการ เมื่อร่างกายไม่ได้รับการฟื้นฟูและจำเป็นต้องให้ผู้อื่นดูแล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (de Graaf et al., 2018)

5. การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการใช้ภาษา (Brown, Hasson, Thyselius, & Almborg, 2012) เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต และการดำเนินชีวิตเพียงลำพังอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุ (Wang et al., 2017)

6. การไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกวร จิตปัญญา, และศิริพันธ์ สาสัตย์ (2557) หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยป้องกันและทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Ahn, Lee, Jeong, Kim, & Park, 2015) ผู้ดูแลก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญเช่นกัน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ดูแลเอาใจใส่ เข้าใจถึง

ความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Dong-Heun, Yung-Jin, Ji-Hun, Yong-Rok, & Jong-Bum, 2015) การดูแลของผู้ดูแลก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากมีความเห็นน้อยในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทัศนคติว่าผู้สูงอายุเป็นภาระต้องพึ่งพิงจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุลดลง (สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี, 2559)

7. รายได้น้อย รายได้สะท้อนความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง หากมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการรักษาและการใช้ชีวิตของตนเอง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (อารีย์ สงวนเชื้อ, ปณณทัต ตันธนปัญญากร, และรัตนภรณ์ อาษา, 2562)

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ร่างกาย คุณภาพชีวิต การกลับเข้ารับการรักษารักษา และการเสียชีวิต Dong-Heun และคณะ (2015) และ Gillen (2016) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ากว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า อาจจากขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย Chiu และคณะ (2017) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม Sugawara และคณะ (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับการรักษานานกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร่ายังทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย ความทุกข์จากภาวะซึมเศร้าทำให้การตอบสนองและความร่วมมือในการรักษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

(Carrà et al., 2012; Dossa, Glickman, & Berlowitz, 2011)

การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำแนกเป็นการประเมินโดยผู้รับบริการประเมินตนเอง และการประเมินโดยบุคลากรสุขภาพ (สายฝน เอกวารณู, 2554)

การประเมินโดยผู้รับบริการประเมินตนเอง เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ 1) Beck Depression Inventory (BDI) มีจำนวน 21 ข้อ ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงมีอาการรุนแรง (คะแนน 3) 2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรัง มีจำนวน 20 ข้อประกอบด้วยความรู้สึกด้านซึมเศร้า, ความรู้สึกด้านดี, อาการทางกายและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น 3) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) มีจำนวน 9 ข้อ ใช้ในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตาม ความถี่ และความรุนแรงของอาการได้ และ 4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) มีจำนวน 14 ข้อ เป็นภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ และภาวะวิตกกังวล 7 ข้อ ใช้ในการวินิจฉัยได้ทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล

การประเมินโดยบุคลากรสุขภาพ เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ 1) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) มีแบบ 17 และ 21 ข้อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 2) Stroke Aphasic Depression Questionnaire Hospital version (SADQ-H) ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหา aphasia ร่วมด้วย มีจำนวน 21 ข้อ

นอกจากนี้ยังมี แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ ใช้ประเมินความรู้สึกของ

ตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การจัดการภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาได้โดยการให้ยาและไม่ให้ยา การใช้ยา แพทย์ให้ยาในกลุ่มต้านเศร้า (Antidepressant) ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงจากการให้ยา (Villa, Ferrari, & Moretti., 2018; Zhao et al., 2018) ส่วนในกรณีที่ไม่อยากใช้ยา จะใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาทางสังคม (สายฝน เอกวรานกูร, 2554) Hadidi, Lindquist, Buckwalter และ Savik, (2015) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 22 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบการแก้ปัญหา 90 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

2. กิจกรรมดนตรี แพรสิริ อยู่สุข และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ใช้กิจกรรมดนตรีลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง การเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะ และการร้องเพลงคาราโอเกะ ใช้เวลากิจกรรมละ 20 นาที รวม 60 นาที ต่อเนื่อง 3 วันต่อสัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าลดลง

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ

และให้ผู้สูงอายุบอกเล่าปัญหาโดยมีครอบครัวร่วมรับฟัง 2) ผู้สูงอายุแสดงความเห็นและแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยมีครอบครัวร่วมรับฟังและมีพยาบาลให้ข้อมูล 3) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติร่วมกัน มีพยาบาลให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และ 4) ปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ผลดีอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้าลดต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

4. การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) หมายถึง การนำหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และความเคารพด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านสายตาแสดงถึงความรัก ความห่วงใย 2) การสื่อสารด้วยคำพูดที่แสดงถึงความอบอุ่นและให้กำลังใจ 3) การสัมผัสด้วยความอ่อนโยน และนุ่มนวล และ 4) การกระตุ้นและส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกระตุ้นระบบประสาทและการรับรู้การสัมผัส เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2561) ได้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล จำนวน 44 คู่ ดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าลดต่ำกว่าก่อนเข้ารับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ศิลปะบำบัด Kongkasuwan และคณะ (2016) ทดลองใช้โปรแกรมการฟื้นฟูร่างกายร่วมกับการใช้ศิลปะบำบัดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกาย และกลุ่มที่ใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย ฝึกการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ สร้างความสมดุลของร่างกาย และฝึกการ

เคลื่อนไหวของร่างกาย ดำเนินกิจกรรม 1-2 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การทำศิลปะบำบัด ประกอบด้วย 1) การใช้ดนตรีประกอบการทำสมาธิ 2) การเตรียมความพร้อมของร่างกาย 3) ทำกิจกรรมศิลปะ และ 4) การใช้กระบวนการกลุ่มในการเยียวยา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายร่วมกับศิลปะบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การบำบัดด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเพลง Jun, Roh, และ Kim, (2013) ทำการทดลองโดยใช้การเคลื่อนไหวของข้อ ประกอบเพลง เริ่มจาก การอบอุ่นร่างกาย 20 นาที ต่อด้วยเคลื่อนไหวร่างกายประกอบกับเสียงเพลงที่มีจังหวะแตกต่างกัน 8 เพลงในเวลา 30 นาที และให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และความรู้สึกที่ได้รับหลังจากทำกิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 วัน รวม 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการเคลื่อนไหวของร่างกายและข้อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีระดับภาวะซึมเศร้า

ลดลงอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ การออกกำลังกาย (de Man-van Ginkel et al., 2010; Chiu et al., 2017) โยคะ และการบำบัดด้วยแสง (Chiu et al., 2017) ซึ่งวิธีการไม่ใช่นานนั้นเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับองค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาล นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และสำคัญ พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยตระหนักถึงคุณค่าและเห็นความสำคัญของ ผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถประเมินอาการ และช่วยจัดการบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังโรคหลอดเลือดสมองในขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ตามกฎหมายได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ชาฤทธิ วรวิญญพงศ์, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 16-32.
- ข้อผกา สุทธิพงษ์, และศิริอร สันธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บก.). (2558). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ญเนี่ยน ศรีเอช.
- แพรวศิริ อยู่สุข, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 17-27.
- วีระชัย จิตภักดี, สมรักษ์ สันติเบญจกุล, และกฤษฎณา พิรเวช. (2560). ความสุขของอาภากรวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและผลต่อการฟื้นตัวของระบบสังขานกล้ามเนื้อและความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(2), 233-247.
- วิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกวร จิตปัญญา, และศิริพันธ์ สาสัตย์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 33-43.

- สายฝน เอกวรางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ เปรมทอง, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 221-230.
- สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88.
- อารีย์ สงวนเชื้อ, ปณณทัต ดันธนปัญญากร, และรัตนภรณ์ อาษา. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 14(2), 227-287.
- Ahn, D. H., Lee, Y. J., Jeong, J. H., Kim, Y. R., & Park, J. B. (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 Medicine*, 39(1), 74-80.
- Brown, C., Hasson, H., Thyselius, V., & Almborg, A. H. (2012). Post-stroke depression and functional independence: A conundrum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126(1), 45-51.
- Carr, 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. doi:10.1007/s00406-012-0305-z
- 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.
- Chiu, H. L., Chan, P. T., Chu, H., Hsiao, S. S., Liu, D., Lin, C. H., & Chou, K. R. (2017). Effectiveness of light therapy in cognitively impaired persons: A metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2227-2234. doi: 10.1111/jgs.14990
- de Graaf, J. A., van Mierlo, M. L., Post, M., Achterberg, W. P., Kappelle, L. J., & Visser-Meily, J. (2018). Long-term restrictions in participation in stroke survivors under and over 70 years of age. *Disability and Rehabilitation*, 40(6), 637-645.
- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3274-3290. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x
- 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.
- 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.
- Esparrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernandez Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., & Jimenez Hernandez, M. D. (2015). Post-stroke depression: An update. *Neurologia*, 30(1), 23-31.
- Gillen, G. (2016). *Stroke rehabilitation: A function-based approach* (4th ed.). New York: Elsevier.
- Hadidi, N. N., Lindquist, R., Buckwalter, K., & Savik, K. (2015). Feasibility of a pilot study of problem-solving therapy for stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 40(5), 327-337. doi: 10.1002/rnj.148
- Jun, E. M., Roh, Y. H., & Kim, M. J. (2013). The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 22-31.
- Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J., & Kuptniratsaikul, V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(10), 1016-1023.
- Nakase, T., Tobisawa, M., Sasaki, M., & Suzuki, A. (2016). Outstanding symptoms of poststroke depression during the acute phase of stroke. *PLoS One*, 11(10), e0163038. doi: 10.1371/journal.pone.0163038
- Sarfo, F. S., Jenkins, C., Singh, A., Owolabi, M., Ojagbemi, A., Adusei, N., . . . Ovbiagele, B. (2017). Post-stroke depression in Ghana: Characteristics and correlates. *Journal of the Neurological Sciences*, 379, 261-265. doi: 10.1016/j.jns.2017.06.032
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wu, W. (2017). Risk factors for post-stroke depression: A meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 218. doi: 10.3389/fnagi.2017.00218
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., . . . Yasui-Furukori, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2551-2556.
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1-7. doi: 10.5853/jos.2014.16.1.1
- Villa, R. F., Ferrari, F., & Moretti, A. (2018). Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*, 184, 131-144.
- Wang, Z., Zhu, M., Su, Z., Guan, B., Wang, A., Wang, Y., . . . Wang, C. (2017). Post-stroke depression: Different characteristics based on follow-up stage and gender-a cohort perspective study from Mainland China. *Neurological Research*, 39(11), 996-1005. doi: 10.1080/01616412.2017.1364514
- Zhao, F. Y., Yue, Y. Y., Li, L., Lang, S. Y., Wang, M. W., Du, X. D., . . . Yuan, Y. G. (2018). Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(3), 325-334.