

Factors Influencing Depression in Patients with First Ischemic Stroke*

Pattarakan Withatanang¹, Chongjit Saneha, RN, PhD¹, Wanpen Pinyopasakul, RN, PhD¹, Yongchai Nilanont, MD²

Abstract

Purpose: The aim of this study was to examine the influence of self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health, coping strategies on depression in patients with first ischemic stroke.

Design: Predictive correlational study.

Methods: The sample consisted of 130 patients with first ischemic stroke at a tertiary hospital in Bangkok. The six questionnaires were used in this study consisting of the demographic data questionnaire, the Rosenberg's Self-Esteem Scale, the Family Relationships Questionnaire, the Cognitive Appraisal of Health Scale, the Jalowiec Coping Scale and the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale. Data were analyzed by using descriptive and logistic regression statistics.

Main findings: The results showed that most of the participants were male (69.2%) and an average age was 62.04 years (SD = 13.01). Depression was found in 10.8% of the patients. Self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health and coping strategies were able to jointly explain variance of depression by 42.3 percent (Nagelkerke $R^2 = .423$). Only self-esteem (OR = .786, 95%CI = .671 - .920, $p < .05$) was a predictor of depression in patients with first ischemic stroke with statistical significance.

Conclusion and recommendations: Depression could be found among patients with first ischemic stroke; and self-esteem was an important predictor. Nurses and healthcare teams should emphasize on assessing depression in patients with first ischemic stroke. Furthermore, a program to prevent depression in ischemic stroke patients by promoting their self-esteem should be developed.

Keywords: coping behavior, depression, family relations, stroke, self esteem

J Nurs Sci. 2018;36(1):44-56

Corresponding Author: Associate Professor Chongjit Saneha, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

¹ *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

² *Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดครั้งแรก*

ภัทราภาญจน์ วิกากานัง¹ จงจิต เสน่หา, PhD¹ วันเพ็ญ ภัญโญภาสกุล, PhD¹ ยงชัย นิละนนท์, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก จำนวน 130 ราย ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 62.04 ปี (SD = 13.01) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.8 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.3 (Nagelkerke $R^2 = .423$) โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (OR = .786, 95%CI = .671 - .920, $p < .05$) เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอนะ: ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยทำนาย พยาบาลและทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: พฤติกรรมเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพครอบครัว โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

J Nurs Sci. 2018;36(1):44-56

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนวัตกรรมการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบประสาทที่พบมากที่สุด และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคนต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 4 นาที^{1,2} และคาดว่าในปี 2030 จะมีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2012 ถึงร้อยละ 20.5³ สำหรับประเทศไทยพบว่าเป็นระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงสุดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2559⁴ โรคหลอดเลือดสมองนอกจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตแล้ว ยังเป็นหนึ่งในสาเหตุของความพิการในผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิต ผู้ป่วยจะต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานกว่าจะมีการฟื้นตัวได้เต็มที่ เป็นปัญหาและภาระต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ผลของความพิการและการเปลี่ยนแปลงหลังจากเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาด้านจิตใจหลายประการ เช่น หงุดหงิด เครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อย⁵ โดยเกิดขึ้นได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา⁶ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อ การฟื้นตัวทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน 1 ปี ถึง 1.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁷ จากผลกระทบต่อผู้ป่วยดังกล่าว จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ

Lazarus และ Folkman⁸ มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายถึงปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อการปรับตัวคือภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียด โดยผู้ป่วยจะประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพว่าการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อตนเอง ก่อให้เกิดเป็นความเครียดที่รุนแรงมากน้อยตามปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามหาวิธีเผชิญกับความเครียด หากใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การปรับตัวในทางลบก็คือเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินและการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านตัวบุคคลในที่นี่หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ในที่นี่หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัว

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผลของความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงหรือหายไป มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท⁹ จากการศึกษาในประเทศจีนของ Chau และคณะ¹⁰ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในประเทศไทยไม่พบการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย การที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีการปรับตัวเหมาะสม ส่งผลให้สามารถเผชิญต่อปัญหา หรือความเครียดที่มาระทบได้ มีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน¹¹ และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้¹² แต่ไม่พบว่ามีการศึกษา

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวในการทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ และจะประเมินว่าสถานการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึ่มเศร้ำ¹³ แต่ไม่พบการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศที่ใช้การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในการทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญความเครียด เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเผชิญกับความเจ็บป่วยทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจะพยายามหาวิธีการในการเผชิญความเครียด พบว่ากลวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁴ และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบ passive coping สามารถทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ แต่ยังไม่พบการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในการทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

จากปัญหาภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบน้อย และยังไม่มีการศึกษาถึงอิทธิพลดังกล่าวร่วมกันในการทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบท และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวว่ามีอิทธิพลต่อภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกหรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัย

ที่ได้มาเป็นแนวทางวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกัน และลดการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำที่จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายนการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายนการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 - เมษายน พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรแบบสะดวกตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกภายใน 3 เดือน 2) รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ และมีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้การเข้าใจจีพี-ค็อก (GPCOG) ได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน 3) อาศัย

อยู่กับครอบครัว และ 4) มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และโรคซึมเศร้า 2) มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง 3) มีอาการไม่คงที่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และ 4) ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) จะต้องใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 เท่าของจำนวนตัวแปรอิสระ¹⁶ การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัวแปร ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ 120 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน ในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการพร่องการรับรู้โดยใช้แบบประเมินการรับรู้การเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GPCOG)¹⁷ (ฉบับภาษาไทย) ของ จิรพันธ์ กริพพิทส์¹⁸ มีคำถามจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ปกติของคะแนนรวมต้องได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน ถือว่าการรับรู้การเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และให้ตอบเอง

2. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) ของ Rosenberg¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต²⁰ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 10-40 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน)²¹

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างโดย อัญชลี ฐิตะปุระ²² มีจำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

มาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 29-116 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็นสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี (29-58 คะแนน) ระดับปานกลาง (58-88 คะแนน) และระดับดี (89-116 คะแนน)²¹

4. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) ของ Kessler²³ แปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัญย์ ตุ่นทอง²⁴ มีจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย จำนวน 8 ข้อ เป็นสิ่งที่ทำลาย จำนวน 6 ข้อ และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จำนวน 4 ข้อ การแปลผลโดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับแต่ละด้าน คะแนนเฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่าใช้การประเมินสถานการณ์ด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่

5. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ของ Jalowiec²⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ²⁶ มีจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม จำนวน 14 ข้อ การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน จะได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน นำค่าคะแนนสัมพัทธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับคะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมากกว่าแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก

6. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)

ของ Radloff²⁷ ฉบับภาษาไทยแปลโดย สุขุมาล นิลมานันต์ และคณะ²⁸ มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนน ≥ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

แบบสอบถามทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว และได้ตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือก่อนการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคดังนี้

- แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง = .80
- แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว = .97
- แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งคุกคามชีวิต = .79 เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย = .84 เป็นสิ่งท้าทาย = .63 และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง = .65
- แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา = .79 การจัดการกับอารมณ์ = .58 และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม = .58 และ
- แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า = .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. Si308/2016) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลที่ดำเนินการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสนใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ทำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าก่อนผู้ป่วย

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เหลือและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-60 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (enter logistic regression) และทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทำนายระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และทดสอบเงื่อนไขเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยโลจิสติกโดยทดสอบความถูกต้อง เหมาะสมของสมการแบบ Hosmer and Lemeshow Test กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 69.2 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.1 มีอายุเฉลี่ย 63.04 ปี (SD = 13.01) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.9 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 69.3 ไม่ได้ทำงานและเป็นข้าราชการเกษียณอายุ ร้อยละ 46.9 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 45.4 บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลักคือสามีหรือภรรยา ร้อยละ 53.1 สถานที่กลับไปอยู่หลังจากออกจากโรงพยาบาลคือบ้าน ร้อยละ 99.2 มีตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองด้านขวา ร้อยละ 50.8 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (NIHSS ≤ 4) ร้อยละ 88.5 มีโรคร่วม ร้อยละ 93.8 โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.8 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 วัน (SD = 7.25) ระยะเวลาดังแต่เป็นโรครจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดโดยเฉลี่ย

เท่ากับ 30.18 วัน (SD = 16.47) การรักษาที่ได้รับ คือ ในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.5 มีคะแนนความรู้สึก
รับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 66.9 และ มีคุณค่าในตนเองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 36.46 (SD = 4.01) และ
กลุ่มตัวอย่างสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ
ตนเองทั้งหมด ร้อยละ 63.1 93.8 มีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉลี่ยเท่ากับ

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่า 108.58 (SD = 10.70) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความรู้สึก
มีคุณค่าในตนเอง และระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

การแปลผล	จำนวนคน (ร้อยละ)	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริง	M (SD)
ความรู้สึกมีคุณค่า	-			36.46 (4.01)
ระดับต่ำ	11 (8.5)	10-20	-	-
ระดับปานกลาง	119 (91.5)	21-30	23-29	11 (8.5)
ระดับสูง		31-40	31-40	119 (91.5)
สัมพันธภาพในครอบครัว	-			108.58 (10.70)
ระดับไม่ดี	11 (8.5)	29-58	-	-
ระดับปานกลาง	119 (91.5)	59-88	60-88	8 (6.2)
ระดับดี		89-116	89-116	122 (93.8)

3. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สุขภาพเป็นสิ่งที่ท้าทายมากที่สุด ร้อยละ 60 (ตารางที่ 2)
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ภาวะ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
(N = 130)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นสิ่งที่คุกคาม	2 (1.5)
เป็นอันตรายหรือสูญเสีย	1 (0.8)
เป็นสิ่งที่ท้าทาย	78 (60)
เป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	33 (25.4)
เป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	16 (12.3)

4. วิธีการเผชิญความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง กับปัญหาที่มากที่สุด ร้อยละ 69.2 (ตารางที่ 3)
ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้า

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด (N = 130)

วิธีการเผชิญความเครียด	จำนวนคน (ร้อยละ)
การเผชิญหน้ากับปัญหา	90 (69.2)
การจัดการกับอารมณ์	1 (0.8)
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	38 (29.2)
การเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	1 (0.8)

5. ภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มี วันที่มาตรวจตามนัด โดยพบเพียงร้อยละ 6.9 และร้อยละ ภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 10.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริง	M (SD)
ก่อนออกจากโรงพยาบาล				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	121 (93.1)	19-60	19-48	10.07 (7.60)
มีภาวะซึมเศร้า	9 (6.9)	19-60	19-48	-
วันที่มาตรวจตามนัด				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	116 (89.2)	0-18	0-18	9.30 (7.44)
มีภาวะซึมเศร้า	14 (10.8)	19-60	19-35	-

6. ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้าตอนที่มาตรวจตามนัดทดสอบ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์สภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.3 (Nagelkerke $R^2 = .423$) โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถ

ทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (OR = .786, 95%CI = .671 - .920, $p < .05$) กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) (N = 130)

ตัวแปร	B	SE	Wald	df	p-value	OR	95%CI
1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.241	.081	8.950	1	.003	.786	.671 - .920
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.040	.029	2.005	1	.157	.960	.908 - 1.016
3. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	.019	.049	.148		.700	1.019	.926 - 1.121
4. วิธีการเผชิญความเครียด	.035	.025	1.873	1	.171	1.035	.985 - 1.088
ค่าคงที่	5.561	5.433	1.048	1	.306	260.078	-

Hosmer and Lemeshow Test $p = .859$, Cox & Snell $R^2 = .209$, Nagelkerke $R^2 = .423$, Predictive Correct = 91.5%

7. ผลการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคามเป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบจัดการกับอารมณ์ และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ระหว่างกลุ่ม

ที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้าตอนที่มาตรวจตามนัดทดสอบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าทุกตัวมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ยกเว้นวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และ

แบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		Z	p-value
	n = 14		n = 116			
	M	SD	M	SD		
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ						
คุกคาม	13.00	4.28	9.62	3.60	-2.858	.004
อันตรายหรือสูญเสีย	21.07	6.23	15.32	5.62	-3.154	.002
ทำลาย	22.86	3.13	25.57	3.22	-2.934	.003
เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตน	12.71	3.85	15.22	3.26	-2.349	.019
วิธีการเผชิญความเครียด						
เผชิญหน้ากับปัญหา	41.93	8.31	43.05	7.69	- .481	.630
จัดการกับอารมณ์	21.50	6.06	14.59	3.91	-4.495	<.001
จัดการกับปัญหาทางอ้อม	44.79	7.01	41.13	6.11	-1.644	.100

การอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและวันที่มาตรวจตามนัดพบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าวันที่มาตรวจตามนัดมีจำนวนมากกว่าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ได้อย่างเดิม เนื่องจากความพิการ ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเป็นภาระ และผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่าความพิการที่เป็นอยู่อาจไม่สามารถกลับไปเหมือนเดิมได้ จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าวันที่มาตรวจตามนัดมีจำนวนมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและวันที่มาตรวจตามนัดมีจำนวนไม่เกินร้อยละ 10 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเล็กน้อย และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด มีการพึ่งพาคนอื่นน้อย ร่วมกับบริบทและวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว หลังออกจาก

โรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ได้รับการเอาใจใส่ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่การเจ็บป่วยจึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ากับการศึกษาแบบ Cohort ก่อนหน้านั้นในประเทศจีนพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน คือมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9²⁹ ซึ่งการศึกษาคั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.8 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าในครอบครัวชาวเอเชียผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัว มักจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง โดยที่ผลการศึกษาคั้งนี้พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผลการศึกษาที่ทำในประเทศอิตาลี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22³⁰ อาจเกิดจากบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ต่างกัน ซึ่งต่างจากลักษณะของครอบครัวทางเอเชียที่ผู้สูงอายุยังมีบุตรหลานญาติพี่น้องคอยดูแล เอาใจใส่ และลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี รูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการศึกษาคั้งนี้พบว่า เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chau และคณะ¹⁰ ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสภาวะ ภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีอาการ อ่อนแรงครึ่งซีก ยังคงมีบางส่วนทำได้ไม่เหมือนเดิมทั้งหมด จึงอาจรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นภาระ ผลจากการเจ็บป่วยทางกาย จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อรู้สึกว่าคุณค่า ในตนเองลดลง จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในทาง ตรงกันข้ามเมื่อรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ก็จะเกิดภาวะ ซึมเศร่าลดลง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วน ใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร่าจำนวนน้อย

สัมพันธภาพในครอบครัวในการศึกษาคั้งนี้พบว่า เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ ผลการศึกษาใน คั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรค เรื้อรัง พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถ ทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้มีการกระจายตัวของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัวน้อย โดยพบว่าไม่มีกลุ่มที่มี สัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดีเลย ส่วนใหญ่มี สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และในขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร่าจำนวนน้อยด้วยเช่นกัน จึงอาจทำให้ ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีอำนาจในการทำ ภาวะซึมเศร่าได้

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในการ ศึกษาคั้งนี้พบว่า เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายภาวะ ซึมเศร่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงอาจมองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ต้องเผชิญ และมี

การยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และอาจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ที่จะดึงมาใช้ กล่าวคือในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ รุนแรงของโรคน้อย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร่วมกับมี ความเพียงพอของรายได้คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอ สิทธิที่ใช้ในการรักษา พยาบาลคือเบิกจ่ายตรง และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย จึงส่งผลให้มีภาวะซึมเศร่าจำนวน น้อย ทำให้การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดครั้งแรกได้ การศึกษาคั้งนี้แตกต่างจากการ ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ โดยพบการศึกษาในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด อันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเองสามารถทำนาย ภาวะซึมเศร่าได้³¹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานการณ์การเจ็บ ป่วยจากโรคมืดความแตกต่างกัน ทำให้การประเมิน สถานการณ์แตกต่างกัน และขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นใน ขณะนั้น รวมถึงมีการคุกคามจากโรค และมีความรุนแรง ของโรคแตกต่างกัน จึงทำให้การประเมินสถานการณ์ของ กลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นแตกต่างจากการศึกษาในคั้งนี้ แต่เมื่อทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมิน สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งทำทนาย และเป็นผลดีต่อ ตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ ซึมเศร่า และไม่มีภาวะซึมเศร่า พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การประเมิน สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่า และไม่มีภาวะซึมเศร่าแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณา ค่า เฉลี่ยการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นการทำทนายและเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองใน กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร่ามีมากกว่า อาจเนื่องจากการ ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำทนาย และเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นการประเมินที่มองในแง่ดี ทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความตื่นเต้นที่จะเรียนรู้ ผู้ป่วยยังสามารถ ควบคุม และจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ได้เรียนรู้ และพยายามต่อสู้เพื่อที่จะเอาชนะกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงมีคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำทนายและเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่า แต่ค่าเฉลี่ยการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสียพบว่ามีภาวะซึมเศร้า มีมากกว่า อาจเนื่องจากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นการประเมินที่ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบโดยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก แม้ว่าอาการอาจดีขึ้นบ้างแต่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ บางคนยังต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยคุกคามจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ได้อย่างเดิม ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสียมากกว่า

วิธีการเผชิญความเครียดในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้ การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ van Mierlo และคณะ¹⁵ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าการเผชิญความเครียดแบบเฉื่อยชา สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์พบว่าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีมากกว่า อาจเนื่องจากการเผชิญความเครียดวิธีนี้ยังไม่เป็นการจัดการกับสาเหตุความเครียดเพื่อมุ่งแก้ปัญหาที่แท้จริง หรือเปลี่ยนแปลงให้ปัญหาหรือสถานการณ์ดีขึ้น เมื่อไม่ได้แก้ปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่กับความเครียด และต้องจัดการกับความเครียดที่คงอยู่บ่อยครั้ง และเป็นระยะเวลานาน ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์มากกว่า

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 10.8 เท่านั้น โดยมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรก การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เป็นซ้ำ

References

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Amett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease

- and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):e29-322.
2. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg*. 2011;76(6Suppl):S85-90.
 3. Ovbiagele B, Goldstein LB, Higashida RT, Howard VJ, Johnston SC, Khavjou OA, et al. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(8):2361-75.
 4. Strategy and Planning, Bureau of Non-Communicable Diseases. The situation of non-communicable disease. In: Sawatdimongkol S, editors. Annual report 2017. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publication; 2017. p.26-33. (in Thai).
 5. Carota A, Bogousslavsky J. Mood disorders after stroke. *Front Neurol Neurosci*. 2012;30:70-4.
 6. Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno MC, Ruiz Doblado S, Jiménez Hernández MD. Post-stroke depression: an update. *Neurologia*. 2015;30(1):23-31.
 7. Yuan HW, Wang CX, Zhang N, Bai Y, Shi YZ, Zhou Y, et al. Poststroke depression and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study. *PLoS One*. 2012;7(10):e46906. doi: 10.1371/journal.pone.0046906.
 8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
 9. Vickery CD, Sepehri A, Evans CC. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clin Rehabil*. 2008;22(2):179-87.
 10. Chau JP, Thompson DR, Chang AM, Woo J, Twinn S, Cheung SK, et al. Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. *J Clin Nurs*. 2010;19(21-22):3042-50.
 11. Sienkiewicz-Jarosz H, Milewska D, Bochyńska A, Chelmlak A, Dworek N, Kasprzyk K, et al. Predictors of depressive symptoms in patients with stroke-a three-month follow-up. *Neurol Neurochir Pol*. 2010;44(1):13-20.
 12. Chaiyasung P, Sutawatnatcha S, Intakan P, Lichanatein S. Predictors of depression among older adult with chronic disease in urban area. *Journal of Nursing and Education*. 2013;6(1):27-37. (in Thai).
 13. Johnson EA. Factors associated with post-stroke depressive symptoms and quality of life [dissertation]. Bloomington, IN: Indiana University; 2008. 256 p.
 14. Pumchan V, Jitpanya C, Sasat S. Selected factors related to depression in post acute stroke patients. *Journal of The Police Nurse*. 2014;6(2):33-43. (in Thai).
 15. van Mierlo ML, van Heugten CM, Post MW, de Kort PL, Visser-Meily JM. Psychological factors determine depressive symptomatology after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(6):1064-70.
 16. Vanichbuncha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows. 7thed. Bangkok: Thammasan; 2009. (in Thai).
 17. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG:

- a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(3):530-4.
18. Griffiths J. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai version): validity and reliability. Chiang Mai: Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University; 2014. (in Thai).
19. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
20. Srimoragot P. Effects of supportive counseling on perceived illness, self-esteem, and moral in cervical cancer patients undergoing radiotherapy [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1993. 170 p. (in Thai).
21. Tadhlor W, Keeratitawong P, Nabkasorn C, Samartkit N. Predictive factors of depression in persons with type 2 diabetes in urban areas, Chonburi province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2012;20(1):57-69. (in Thai).
22. Thitapura A. Correlation between family relation and adaptation of valvular heart disease patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1993. 97 p. (in Thai).
23. Kessler TA. The cognitive appraisal of health scale: development and psychometric evaluation. *Res Nurs Health.* 1998;21(1):73-82.
24. Toontong L, Wattanakitkriear D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. Factors predicting psychological distress in patients with chronic obstructive disease. *Journal of Nursing Science.* 2012;30(1):40-8. (in Thai).
25. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In: Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurement of nursing outcomes: measuring client outcomes.* New York: Springer; 1988. p.287-308.
26. Mingkwan P. Stress and coping in the elderly stroke patients [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1999. 96 p. (in Thai).
27. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1:385-401.
28. Nilmanut S, Kuptniratsaikul V, Pekuman P, Tosayanonda O. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people in Siriraj Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine.* 1997;6(3):25-9. (in Thai).
29. Shi Y, Xiang Y, Yang Y, Zhang N, Wang S, Ungvari GS, et al. Depression after minor stroke: prevalence and predictors. *J Psychosom Res.* 2015;79(2):143-7.
30. Altieri M, Maestrini I, Mercurio A, Troisi P, Sgarlata E, Rea V, et al. Depression after minor stroke: prevalence and predictors. *Eur J Neurol.* 2012;19(3):517-21.
31. Bigatti SM, Steiner JL, Miller KD. Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress Health.* 2012;28(5):355-61.