

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ภัทรากาญจน์ วิธาทานัง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

.....
อภิญญา วิชาพานิช

นางสาวภัทรากาญจน์ วิชาพานิช,
ผู้วิจัย

.....
จกต เสนหา

รองศาสตราจารย์ จกต เสนหา,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
ยงชัย นิละนนท์

รองศาสตราจารย์ ยงชัย นิละนนท์,

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
พัชรีย์ เลิศฤทธิ

ศาสตราจารย์ พัชรีย์ เลิศฤทธิ,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
วันเพ็ญ ภิญญาสกุล

รองศาสตราจารย์ วันเพ็ญ ภิญญาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

รองศาสตราจารย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

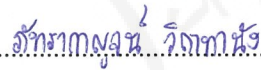
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2560



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกร จิตปัญญา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางสาวภัทรากาญจน์ วิลาทานัง,
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ยงชัย นิละนนท์,
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ จงจิต เสน่หา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ พันธ์ย์ เลิศฤทธิ์,
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จงจิต เสน่หา รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และรองศาสตราจารย์ นพ.ยงชัย นิละนนท์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ที่ให้ความกรุณามาเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณหัวหน้า และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ หน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกๆ ด้าน รวมถึงขอขอบคุณมิตรภาพและความช่วยเหลือของเพื่อนๆ พี่ๆ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 57 ทุกคน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ ประโยชน์อันเนื่องจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ บุญการี คณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

ภัทรากาญจน์ วิภาทานัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

ภัทรากาญจน์ วิชาทานัง 5736815 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จงจิต เสน่หา, Ph.D. (NURSING), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING), ชงชัย นิละนนท์, พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 6 ชุด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 62.04 ปี (S.D. = 13.01) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพบว่า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.4 (Nagelkerke $R^2 = .494$) โดยพบว่าความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง (OR = .827, 95%CI = .698-.980, $p < .05$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (OR = 1.205, 95%CI = 1.020-1.424, $p < .05$) เป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก และพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และลดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

คำสำคัญ: ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง / สัมพันธภาพในครอบครัว / วิธีการเผชิญความเครียด / ภาวะซึมเศร้า / โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

PATTARAKAN WITHATANANG 5736815 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHONGJIT SANEHA, Ph.D. (NURSING), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), YONGCHAI NILANONT, M.D.

ABSTRACT

This predictive correlational study aimed to examine the influence of self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health, coping strategies and depression on first ischemic stroke patients. The stress, appraisal and coping model of Lazarus and Folkman (1984) was used in this study. One hundred and thirty participants were recruited from 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 (RSE), the Family Relationships Questionnaire, the Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS), the Jalowiec Coping Scale (JCS) and the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Data were analyzed by using descriptive and logistic regression statistics.

The results showed that most of the participants were male (69.2%) and the average age was 62.04 years (SD = 13.01). The majority of the participants (89.2%) had no depression. According to the logistic regression analysis, self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health and emotive coping were able to jointly explain variance of depression by 49.4 percent (Nagelkerke $R^2 = .494$). Only self-esteem (OR = .827, 95%CI = .698-.980, $p < .05$) and emotive coping strategies (OR = 1.205, 95%CI = 1.020-1.424, $p < .05$) were predictors of depression in ischemic stroke patients with statistical significance.

These findings suggest that nurses and healthcare teams should emphasize on assessing depression in first ischemic stroke patients. Furthermore, nurses should develop the programs to prevent depression in ischemic stroke patients by promoting self-esteem and reducing emotive coping strategies.

KEY WORDS: SELF ESTEEM / FAMILY RELATIONSHIPS / COPING STRATEGIES / DEPRESSION / ISCHEMIC STROKE

191 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	7
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย	11
1.7 นิยามตัวแปร	11
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	14
2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15
2.1.1 ความหมาย และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง	15
2.1.2 อาการ อาการแสดง และระยะของโรคหลอดเลือดสมอง	16
2.1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง	19
2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	24
2.2.1 ความหมาย อุบัติการณ์ และความชุกของภาวะซึมเศร้า	24
2.2.2 อาการ และอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า	27
2.2.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	28
2.2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3 ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)	34
2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	42
2.4.1 ความรู้สึกล้มมีคุณค่าในตนเอง	42
2.4.2 สัมพันธภาพในครอบครัว	45
2.4.3 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	49
2.4.4 วิธีการเผชิญความเครียด	52
2.5 สรุป	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	59
3.1 ลักษณะประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59
3.2 แหล่งเก็บข้อมูล	60
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	61
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	68
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย	71
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิจัย	73
บทที่ 5 อภิปรายผล	95
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	111
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	115
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	131
รายการอ้างอิง	147
ภาคผนวก	160
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย	161
ภาคผนวก ข การทดสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก	162
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย	164

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	170
ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	173
ภาคผนวก ฉ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	176
ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	178
ประวัติผู้วิจัย	191

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	74
4.2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	77
4.3 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง	80
4.4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง	81
4.5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านที่มีคะแนนที่สูงสุด	82
4.6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ เรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย 3 ลำดับแรก	83
4.7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการเผชิญความเครียดรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง	84
4.8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านที่มีคะแนนที่สูงสุด	85
4.9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ เรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย 3 ลำดับแรก	85
4.10 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	87
4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ณ วันมาตรฐานตามนัด จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย	88
4.12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.13	แสดงผลการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ วิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test	92
4.14	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดครั้งแรก โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter)	94

สารบัญรูปภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)	10
2.1 แสดงแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)	41

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยทุก 40 วินาที และจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 4 นาที (Mozaffarian et al., 2015; Mukherjee & Patil, 2011) และคาดว่าในปี 2030 จะมีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2012 ถึงร้อยละ 20.5 (Ovbiagele et al., 2013) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยใน พ.ศ. 2556 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพ.ศ. 2551 - 2555 ผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบอาการอัมพาตมากกว่าร้อยละ 50 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และ ภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556) และใน พ.ศ. 2552 พบว่าประชากรไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทจากสมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมด โดยมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง (Aho et al., 1980) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความพิการในผู้ใหญ่ (Bonita et al., 2004) และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการในระยะยาว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป และอาจต้องใช้ชีวิตอย่างคนพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555; ธีรรัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวช, 2557)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง และมีความต้องการพึ่งพาเพิ่มขึ้น (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2550) โรคหลอดเลือดสมองอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ ปอด อักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน อาการปวด อาการกลืนลำบาก เลือดออกในทางเดินอาหาร กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และแผลกดทับ เป็นต้น (Kumar, Selim, & Caplan, 2010; Summers et al., 2009) จากการเปลี่ยนแปลงหลังจากเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการปรับตัวเพื่อการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้มีการดำรงหน้าที่ได้อย่างปกติ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา และอาจเกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ (สุภวรรณ มโนสุนทร, 2557) และหนึ่งในผลของปัญหาที่เกิดขึ้นคือภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย และมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในทางลบเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบมากที่สุดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเกิดขึ้นได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้านักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา (Espárrago Llorca, Castilla-Guerra, Fernández Moreno, Ruiz Doblado, & Jiménez Hernández, 2015) โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรกพบได้ร้อยละ 24.9 ถึงร้อยละ 66 (De Ryck et al., 2013; Glamcevski & Pierson, 2005; Shi et al., 2015; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010) และสามารถพบภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ไปจนถึง 3 ปี จากการศึกษาของ Zhang และคณะ (2013) พบว่าภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 สัปดาห์ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.47 และการศึกษาของ Schepers และคณะ (2009) พบว่าใน 1 ปีแรกจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 - 3 ปี แต่อย่างไรก็ตามผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปี พบภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 16.2 ถึงร้อยละ 29 (Abubakar, Obiakor, Sabir, Iwuzuo, & Magaji, 2014; Shi, et al., 2015) และหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปี สามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 31 (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยช่วงระยะแรก พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วง 2 - 4 สัปดาห์ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยพบ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 92 โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 43 และภาวะซึมเศร้าระดับสูงพบร้อยละ 6.4 (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยจะส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย (Matsuzaki et al., 2015) มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ (Taylor-Piliae, Hepworth, & Coull, 2013) และทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 10 เท่า (Esparrago Llorca et al., 2015) ทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Franzén-Dahlin et al., 2006) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Lam, Lee, & To, 2010; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้แยกจากสังคม โดยจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง (Sienkiewicz-Jarosz, et al., 2010) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมรรถภาพสมองพร่องสูงเป็น 2.9 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (O'Donnell et al., 2010) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน 1 ปีเพิ่มสูง ถึง 1.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Huai Wu et al., 2012) จากผลกระทบต่อผู้ป่วยดังกล่าว บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง (Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008; Shi et al., 2015; Zhang et al., 2013) ระดับการศึกษา (Altieri et al., 2012) อาชีพ (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548) การสูบบุหรี่ (Shi et al., 2015) และโรคร่วม ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน (Altieri et al., 2012) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Nidhinandana et al., 2010) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความพิการ (De Ryck et al., 2014; Zhang et al., 2013) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (วิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2557; Chau et al., 2010; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010) อาการอ่อนล้า (Kouwenhoven, S. E., Gay, C. L., Bakken, L. N., & Lerdal, A., 2013) และแผลกดทับ (ข้อผกา สุทธิพงษ์ และ ศิริอร สิ้นธุ, 2555) ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ภาวะสมรรถภาพสมองพร่อง (De Ryck et al., 2013; Shi et al., 2015) ตำแหน่งพยาธิสภาพ (Oladiji, J., Akinbo, S., Aina, O., & Aiyejusunle, C., 2009) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อผกา สุทธิพงษ์ และ ศิริอร สิ้นธุ, 2555; De Ryck et al., 2014) และการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Shi et al., 2015) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล (Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

(Chau et al., 2010) การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Korpershoek, van der Bijl, & Hafsteinsdóttir, 2011) และกลวิธีการเผชิญปัญหาหรือวิธีการเผชิญความเครียด (วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557; van Mierlo et al., 2015) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สินธุ, 2555; วิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557; Chau et al., 2010; Taylor-Piliae, Hepworth & Coul, 2013) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วย (Johnson, 2008) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยด้านโรค และปัจจัยส่วนบุคคล แต่การศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง การเห็นคุณค่า รวมทั้งการประเมินตนเองในทางบวกหรือทางลบ (Rosenberg, 1965) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Vickery, Sepehri, & Evans, 2008) ซึ่งการลดลงของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันส่งผลอย่างมากต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Shida, Sugawara, Goto, & Sekito, 2014) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวจีนในฮ่องกงของ Fung, Lui, และ Chau (2006) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -.59, P < .01$) และการศึกษาของ Chau และคณะ (2010) พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน การมองเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .58, p < .05$) และเป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด สำหรับในประเทศไทยไม่พบการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วไลพรธม เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึงความสัมพันธ์หรือความผูกพันของบุคคลในครอบครัว ที่มีความผูกพันด้านอารมณ์กับบุคคลที่อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด (Morrow & Wilson, 1961; Friedman, 1981) สัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ผู้หลัก

จะต้องรับภาระในการดูแลเพียงลำพัง (จันทนา ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และ สุพัฒนา คำสอน, 2551) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้ใกล้ชิดเนื่องจากการเจ็บป่วย (Gillespie & Campbell, 2011) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน ในประเทศโปแลนด์ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว โดยจะมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ($r = -.21$, $p = .005$) (Sienkiewicz-Jarosz, et al., 2010) การศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.414$) และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .386$) (พัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวัชรรัฐชา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และ สายใจ ลิขนะเชียร, 2556) และมีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.46$, $p < .001$) (วรัชยา พัดหล่อ, ภาวนา กิรติคุณวงศ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2555) ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร่ายังไม่สอดคล้องกัน และไม่พบการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการความรู้สึนึกคิดที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตน ไม่เกี่ยวกับตน หรือประเมินเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าปัจจัยด้านการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Threat appraisal) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .36$, $p < .01$) (Johnson, 2008) และมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm/loss appraisal) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .36$, $p = .003$) (Bigatti, Steiner, & Miller, 2012) แต่การศึกษาของ Aguado Loi และคณะ (2013) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งท้าทาย (Challenge appraisal) สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -.28$, $p < .01$) จะเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยต่างกันมีการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน และมีการศึกษาการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนน้อย และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และไม่พบการศึกษาการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น ทั้งที่เป็นความต้องการภายใน

หรือภายนอก ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม แบบที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542; รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552) มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$) (วิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกวรจิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2557) และมีการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในสัปดาห์แรก พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี โดยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการปฏิเสธ และการตำหนิตนเองบ่อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Gillen, 2006) และการศึกษาในผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 เดือน พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบ passive coping สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .17, p \leq .001$) (van Mierlo, van Heugten, Post, de Kort, & Visser-Meily, 2015) และพบการศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าบุคคลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการวางแผนการแก้ปัญหา ($r = -.27, P = .02$) และการค้นหาการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.23, P = .04$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่บุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง ($r = .45, P < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบการวางแผนการแก้ปัญหา ($\beta = -.28, p < .01$) และการละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง ($\beta = .38, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Vollman, LaMontagne, & Hepworth, 2007) จะเห็นว่าการศึกษาศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 2 เดือนหลังจากป่วย และในสัปดาห์แรกที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพยังขาดการศึกษาศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวมช่วงระยะเวลาอื่นๆ และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยที่กล่าวมาที่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย และยังมีปัจจัยที่ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษามาแล้ว แต่ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบท และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย ร่วมกับไม่พบการศึกษาศึกษาดังกล่าวร่วมกันในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การ

ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกัน และลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้หรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียด (Stress and coping theory) ของ Lazarus และ Folkman (1984) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายถึงปัจจัยที่

จะส่งผลต่อการปรับตัวคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการตอบสนองต่อความเครียด ทฤษฎีนี้เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งแนวคิดของทฤษฎี ประกอบด้วยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด กระบวนการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ของการปรับตัว สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสิน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ คุณค่าภายในจิตใจ ความเชื่อ หรือความผูกพัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ความกดดันจากสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดแหล่งประโยชน์ การไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และไม่มี การสนับสนุนทางสังคม

เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การคิดประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการความรู้สึกกึ่งคิด ที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นการประเมินความสำคัญหรือความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดชนิดใด และรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ซึ่งการตัดสินภาวะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive appraisal) ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) เป็นการคุกคาม (threat) หรือการท้าทาย (challenge)

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดจะเกิดกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา เป็นการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีวัตถุประสงค์ โดยมีกระบวนการแยกแยะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หาทางเลือกในการแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการลดอารมณ์ตึงเครียดเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่ง Jalowiec (1988) ได้ขยายแนวคิดของการเผชิญความเครียดเพิ่มเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม หรือการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative coping) เป็นวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางอ้อมเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง หรือเป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาโดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

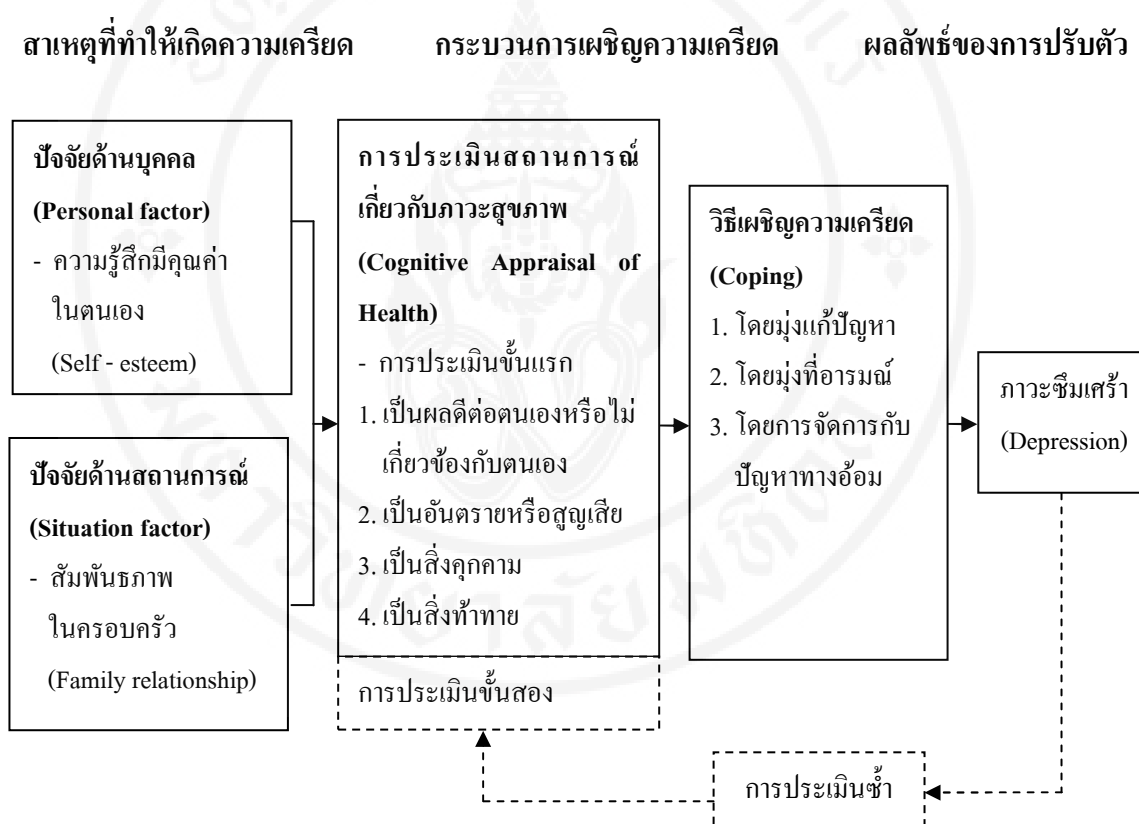
ผลของการตอบสนองต่อความเครียด และการเผชิญความเครียดจะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัว (Adaptation outcomes) ที่ตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมีการปรับตัวใน 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม เป็นการคงไว้ซึ่งบทบาท และสัมพันธภาพทางสังคม ขวัญกำลังใจ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด และสุขภาพเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลต่อความเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัว วิดกกังวล โกรธ ซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ผลกระทบจากการเจ็บป่วย สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง สภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนกระบวนการรักษา ผู้ป่วยมักรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยว่าเป็นความเครียดทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลอย่างไรต่อตนเอง โดยสามารถประเมินสถานการณ์ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ ประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่ไม่ก่อให้เกิดผลได้ผลเสีย หรือเป็นผลดี ประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย เป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตรายหรือสูญเสีย โดยจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นแบบไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors)

ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) ในที่นี้ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นสภาวะภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดทางร่างกาย มีภาวะพึ่งพา ผลจากการเจ็บป่วยทางกายจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงเกิดความเครียดขึ้น และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ในที่นี้ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยพึ่งพาใช้ เมื่อมีการเผชิญกับความเครียด การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว การได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากคนในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีการปรับตัวที่ดี และมีการปรับตัวทางอารมณ์ได้เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่มากระทบได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีจะเกิดปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์เกิดความเครียดได้ง่าย

การตัดสินภาวะเครียดของผู้ป่วยจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive appraisal) ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งคุกคาม หรือทำลาย โดยเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจะเกิดการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative coping) และเมื่อประเมินเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเป็นความเครียด ก็จะส่งผลต่อ

ผลลัพธ์การปรับตัวในทางลบซึ่งก็คือภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) ได้แก่ ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เขียนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

1.6 ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศหญิง และเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอัมพาต และติดตามผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

1.7 นิยามตัวแปร

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดนิยามตัวแปรไว้ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับ นับถือตนเอง การเห็นคุณค่า รวมทั้งการประเมินตนเองในทางบวกหรือทางลบ (Rosenberg, 1965) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือดครั้งแรก เกี่ยวกับการยอมรับ การประเมินตนเองในทางบวกหรือทางลบ ความรู้สึกเคารพตนเอง ยอมรับตนเอง เห็นว่าตนเองมีคุณค่า ตระหนักในข้อผิดพลาดของตน และพยายามแก้ไขให้ดีขึ้น ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง The Rosenberg's self-esteem (RSE) scale ของ Rosenberg (1965) ที่แปลโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2536) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ถ้าได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์หรือความผูกพันของบุคคลในครอบครัว ที่มีความผูกพันด้านอารมณ์กับบุคคลที่อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด (Morrow & Wilson, 1961; Friedman, 1981) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือดครั้งแรก และสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันในด้านความรัก ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งประเมินจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของอัญชลี จูฑะบุระ (2536) โดยใช้แนวคิดของ Friedman (1981), Morrow และ Wilson (1961) มีจำนวน 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ถ้าได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดี

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตน ไม่เกี่ยวกับ

คน หรือประเมินเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกต่อภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นสิ่งคุกคาม เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง หรือเป็นสิ่งที่ทำลาย ประเมินโดยแบบประเมินการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) พัฒนาโดย Kessler (1998) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัณย์ ตุ่นทอง (2554) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนเฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่าผู้ป่วยใช้การประเมินสถานการณ์ด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความพยายามทั้งความคิด และการกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะแสดงออกถึงวิธีการต่างๆ ในการเผชิญความเครียด ประเมินโดยแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ของ Jalowiec (1988) ซึ่งแปลโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนเฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป ไม่ได้ขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย และมีผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานและกิจวัตรประจำวัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกมีการแสดงออกในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย หรือด้านพฤติกรรม ได้แก่ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร หดหู่ใจ หวาดกลัว นอนไม่หลับ พูดคุยน้อยกว่าปกติ ร้องไห้ ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอยในชีวิต โดยอาการแสดงออกของอาการในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงโดย Radloff (1977) ฉบับที่มีการแปล และพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่เหมาะสมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดยวิไล คุปต์นิรัทธัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คะแนนรวมทั้งหมดถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เป็นครั้งแรกในระยะ 3 เดือนแรก
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีขอบเขตการทบทวนดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1.1 ความหมาย และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.2 อาการ อาการแสดง และระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.2.1 ความหมาย อธิบายการ และความรู้สึกของภาวะซึมเศร้า
- 2.2.2 อาการ และอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า
- 2.2.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

2.3 ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.4.1 ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง
- 2.4.2 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 2.4.3 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
- 2.4.4 วิธีการเผชิญความเครียด

2.5 สรุป

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมาย และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทจากสมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมด โดยมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง (Aho et al., 1980) ซึ่งเกิดจากปัญหาของหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติ อาจเกิดจากการตีบ ตัน หรือแตก โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ เป็นโรคที่มีภาระโรค (Burden of disease) ค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2005 ทั่วโลกพบความชุกของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 62 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 77 ล้านคน ในปี 2030 และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยทุก 40 วินาที และจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 4 นาที (Mukherjee & Patil, 2011; Mozaffarian et al., 2015) และคาดว่าจะในปี 2030 จะมีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2012 ถึงร้อยละ 20.5 (Ovbiagele et al., 2013)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และใน พ.ศ. 2556 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอัตราการตาย 36.13 ต่อประชากรแสนคน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2555 โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นมากเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยสะสม พ.ศ. 2551 - 2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบเพศชายป่วยมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และพบว่าอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ และสะสมพบอาการอัมพาตร้อยละ 56.19 และร้อยละ 59.75 ตามลำดับ (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และ ภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556)

จากรายงานสถานการณ์ภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2551 - 2553 พบว่าร้อยละ 2.3 - 2.4 ของผู้ป่วย เสียชีวิตในวันแรกที่เข้านอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลัง และที่ยังรอดชีวิตอยู่จนถึงสิ้นปี 2553 พบว่า อัตรารอดชีพ (survival rate) จะลดลงอย่างรวดเร็วในเดือนแรกของวันเข้านอน ส่วนอัตรารอดชีพในระยะเวลา 1 ปี และ 2 ปีหลังเข้านอนโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 64 และ 58 ตามลำดับ (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, 2554)

และใน พ.ศ. 2552 พบว่าประชากรไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556) และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมาก (Kongbunkiat, Kasemsap, Thepsuthammarat, Tiamkao, & Sawanyawisuth, 2015)

2.1.2 อาการ อาการแสดง และระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับสาเหตุ และพยาธิสรีรภาพรอยโรคในสมอง ดังนี้

1) อาการที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีสาเหตุจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ตีตัน ทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้างตามตำแหน่งสมองที่เลี้ยงด้วยเส้นเลือดนั้นๆ หลอดเลือดสมองอุดตันที่เกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากหัวใจ ทำให้หลอดเลือดขนาดเล็กอุดตันเนื้อสมองตายเป็นหย่อมขนาดเล็ก อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมองที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดที่ตีตันนั้นๆ โดยอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเป็นนาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid arteries) และหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20 - 25 อาการสมองขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือด vertebrobasilar หรือหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหลังตีบ และอุดตัน (posterior circulation) (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2555; พรภัทร ธรรมสโรศ, 2555)

อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจากหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid arteries) ได้แก่ ตาด้านเดียวกับรอยโรคมองไม่เห็นภาพชั่วคราว (amaurosis fugax) แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด (clumsiness) แขนขาข้างตรงข้ามชาหรือความรู้สึกลึบสัมผัส (paresthesia) ภาวะเสียการสื่อความ (aphasia) ในกรณีที่สมองด้านเด่นขาดเลือด ตาบอดครึ่งซีกด้านตรงข้าม (contralateral homonymous hemianopia) และอาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) โดยส่วนใหญ่จะพบร่วมกับความผิดปกติอื่น

อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจากหลอดเลือด vertebrobasilar ได้แก่ อ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัดทั้งสองข้าง (แต่อาจจะมีอาการด้านใดด้านหนึ่งก็ได้) ชาหรือความรู้สึกลึบสัมผัสทั้งสองข้าง shifting หรือ crossed (ขาด้านเดียวกับรอยโรค และขาลำตัวด้านตรงข้าม) และตาบอดครึ่งซีกด้านตรงข้ามหรือทั้งสองข้าง ร่วมกับอาการอย่างน้อยสองอย่างดังต่อไปนี้ ได้แก่ เวียน

ศีรษะ เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก อาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่ประสานกัน (ataxia)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สามารถแบ่งประเภทตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST Classification (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Adams et al., 1993)

(1) Large artery atherosclerosis (embolus/thrombosis) หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองตีบจนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ในกลุ่มนี้ เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณลำคอตีบหรืออุดตัน (Internal carotid artery) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) มีคราบไขมัน (plaque) เกาะตามผนังหลอดเลือดสะสมจนทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ และทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน

(2) Small vessel occlusion (Lacunar infarction) ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก

(3) Cardioembolism โดยมีสาเหตุมาจากหัวใจ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation เมื่อเกิดลิ่มเลือดจะไหลไปตามหลอดเลือด และไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือด

(4) Stroke of other determined etiology โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะเลือดขึ้น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะหลอดเลือดแดงอักเสบ เป็นต้น

(5) Stroke of undetermined etiology โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุถึงแม้ได้รับการสืบค้นเพิ่มเติมแล้ว

2) อาการที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ภาวะหลอดเลือดสมองแตกมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มีสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจากโรคความดันโลหิตสูง ส่วนในวัยเด็ก และหนุ่มสาว สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจากภาวะ Ateriovenous Malformation (AVM), ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) และหลอดเลือดโป่งพองแตก (Ruptured aneurysm) ผู้ป่วยจะเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทขั้นทันที ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง ดังนี้ (ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรกร, 2547; เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2555)

อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจาก Supratentorial hematoma ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรง และ/หรือชาของแขนด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ อาจมี eye deviation มองไปด้านสมองที่มีก้อนเลือด ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ higher - level cortical dysfunction ได้แก่ aphasia,

neglect, hemianopia ซึ่งอาจเกิดจากก้อนเลือดบริเวณ cerebral cortex ที่เกี่ยวข้องหรือก้อนเลือดกดเบียดใยประสาทที่เชื่อมโยง (connecting fibers) กับบริเวณดังกล่าว ในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ผู้ป่วยจะมีการซึมร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นจากความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หรือมีการกดเบียด reticular activating system ถ้ามีการขยายของก้อนเลือดหรือการบวมของสมองรอบๆ ก้อนเลือดมากขึ้นอาจทำให้เกิดก้านสมอง (brainstem herniation) ผู้ป่วยก็จะมีอาการซึมมากขึ้น รูม่านตาด้านที่มีก้อนเลือดขยาย และไม่ตอบสนองต่อแสง ถ้าก้านสมองมากขึ้น รูม่านตาก็จะขยายทั้งสองข้าง แขนขาอ่อนแรงทั้งสองด้าน กดศูนย์หายใจ ทำให้การหายใจผิดปกติ และหยุดหายใจตามมา

อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจาก Cerebellar hematoma ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง อาจพบอาการเดินเซไปทางด้านที่มีก้อนเลือด ถ้าก้อนเลือดมีขนาดใหญ่อาจกดบริเวณก้านสมอง ทำให้ผู้ป่วยซึมมากขึ้น และมีการจำกัดการกลอกตา แขนขาอ่อนแรงทั้งสองด้าน

อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจาก Brainstem hemorrhage ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะซึมมากจนถึง coma อย่างรวดเร็ว อาจพบ dysconjugate eye ร่วมด้วย

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคงสภาพหน้าที่ของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกายไว้เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 1- 14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ แข็งแรงขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นตัวระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของร่างกาย ฟื้นตัวเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะฟื้นตัวระยะหลัง (Late recovery)

เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นตัวระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

2.1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสีย หรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งทำให้มีความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) ซึ่งเป็นความเสียเปรียบของบุคคล อันเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ไม่ว่าจะเป็นจากการอุดตัน ตีบ หรือแตก จะทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ดังนี้

2.1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความพิการ (Bonita et al., 2004) ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากการรับรู้ และสั่งการไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การออกกำลังกาย การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องการความช่วยเหลือดูแลให้คงไว้ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต และผู้ป่วยบางรายมีความปลอดภัยในชีวิตลดน้อยลงจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหว การรับรู้ต่อสมดุลในร่างกาย การรับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ รวมทั้งการรับรู้ของลานสายตาผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน มีการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง การกะจังหวะผิดพลาด ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ไม่มีความปลอดภัยในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายแบ่งออกได้ดังนี้

1) ความผิดปกติจากความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวขึ้นอยู่กับลักษณะ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งของสมองที่ได้รับความเสียหาย อายุ น้ำหนักของผู้ป่วย ผลของโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดอาการอัมพาต อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และการรับรู้ทางประสาทสัมผัสลดลง (Stroke Recovery Association NSW, 2010; National Stroke Association, 2015) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมี

ปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรง และมีความตึงตัวลดลง ต่อจากนั้นจึงค่อยๆ พั่นตัวขึ้น และอาจมีปัญหากล้ามเนื้อเกร็งตัว และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน จากความบกพร่องด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ หรือการทำงานของสมองผิดปกติของสมองส่วน cerebellum หากมีรอยโรคบริเวณประสาทสั่งการ พยาศิลาของ upper motor neuron จะทำให้มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และมีปฏิกิริยาต่อการกระตุ้น (reflex) เปลี่ยนแปลงไป มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก (spasticity) และพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

2) ความผิดปกติของแขนและมือ ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีการพั่นตัวของแขน และมือช้ากว่าการพั่นตัวของขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มียโรคที่หลอดเลือดแดง middle cerebral ปัญหาของแขน และมือที่พบได้บ่อย ได้แก่ ข้อไหล่หลุด (shoulder subluxation) อาการปวดไหล่ (shoulder pain) มือบวม (hand edema) ซึ่งข้อไหล่หลุดเกิดได้เนื่องจากกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อไหล่อ่อนแรง พบได้ร้อยละ 17 - 81 และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่เนื่องจากการดึงรั้งจนมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อไหล่ อาการปวดไหล่จะจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ จึงเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทรงตัว การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนไหวที่ อาการปวดไหล่พบมากในระยะ 2 - 3 เดือนแรกหลังเกิดอัมพาต (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

3) ความผิดปกติเกี่ยวกับสมรรถภาพสมอง ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองสามารถพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยของนันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ (2555) ศึกษาภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในช่วง 7 วันหลังจากเริ่มมีอาการโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองถึงร้อยละ 58.8 สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมรรถภาพสมองพร่อง ได้แก่ การมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวา การมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และมีความซึมเศร้า

4) ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการกลืนลำบาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย พบได้ถึงร้อยละ 42 - 67 และผู้ป่วยจะมีอาการกลืนลำบากได้ภายใน 3 วัน อาการกลืนลำบาก จะนำไปสู่การขาดสารอาหาร และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสำลัก การสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอาจเป็นการสำลักแฝง (silent aspiration) ซึ่งพบได้ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย และการ

สำลักที่เห็นชัดเจน (overt aspiration) พบได้เพียง 1 ใน 3 ลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการสำลัก ได้แก่ อาการเสียงแหบ พุดไม่ชัด abnormal gag reflex มีอาการไอหลังจากกลืนอาหาร และเสียงเปลี่ยนหลังการกลืน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่สำลักจะเป็นปอดอักเสบ ภาวะปอดอักเสบนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 48 - 72 ชั่วโมงแรกหลังป่วย และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต การตรวจพบภาวะกลืนลำบากตั้งแต่แรก และปัจจัยเสี่ยงที่จะสำลักเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้หลีกเลี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Summer et al., 2009; Kumar, Selim, & Caplan, 2010; Donovan et al., 2013)

5) ความผิดปกติเกี่ยวกับการขบเคี้ยว ปัญหาการขบเคี้ยวที่พบบ่อย ได้แก่ กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมการปัสสาวะ อุจจาระอ่อนแรง (National Stroke Association, 2015) ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ โดยเฉพาะกรณีที่มีรอยโรคที่บริเวณ frontal lobe และ bilateral hemisphere นอกจากเกิดจากขาดการควบคุมจากสมองแล้ว การมีปัสสาวะเล็ดยังอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ หรือมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ส่วนอาการท้องผูกเป็นปัญหาเกี่ยวกับลำไส้ที่พบมากที่สุด และภาวะแทรกซ้อนของทางเดินปัสสาวะที่พบมากที่สุดคือ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งจะเพิ่มการทำลายผิวหนัง เกิดแผลกดทับ หรืออาจเกิดติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ (Summers et al., 2009)

6) ความผิดปกติเกี่ยวกับผิวหนัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลาย เนื่องจากการสูญเสียความรู้สึก และความผิดปกติเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด อายุมากขึ้น การลดลงของระดับความรู้สึกตัว และการไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวเนื่องจากอาการอัมพาต ต้องอยู่บนเตียงตลอด ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดที่สำคัญก็คือ บริเวณส้นเท้า และบริเวณก้นกบ ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลกดทับได้ (Summer et al., 2009; Kumar, Selim, & Caplan, 2010)

7) ความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร ความบกพร่องของการสื่อสารที่พบบ่อย ได้แก่ Aphasia, Dysarthria และ Apraxia ลักษณะความบกพร่องของภาษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค ถ้ามีการอุดตันบริเวณส่วน Middle cerebral artery (MCA) ของสมองซีกเด่น มักทำให้มีความบกพร่องของภาษาแบบ Global Aphasia คือมีปัญหาทั้งในการรับรู้ และการพูด ถ้าล้มเลือดอุดตันที่แขนงบนของ MCA ในสมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของภาษาแบบ Broca's (motor) Aphasia คือมีปัญหาในการพูด แต่ถ้ามีความผิดปกติที่สมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ได้ ในกรณีที่มีการอุดตันที่แขนงล่างของ MCA ผู้ป่วยจะมี Wernicke's (sensory) Aphasia คือมีปัญหาในการรับรู้ภาษา ในรายที่มีการอุดตันของ Anterior cerebral artery

(ACA) อาจมีความผิดปกติของการพูดโดยไม่สามารถพูดตามที่ผู้อื่นบอกให้พูด แต่พูดเองได้ตาม สัญชาตญาณหรือความเคยชิน เรียกว่า ภาวะ Apraxia รอยโรคบริเวณก้านสมองมักทำให้มีความผิดปกติในการพูดเนื่องจากความบกพร่องในการควบคุมจังหวะการหายใจ และการเปล่งเสียง ทำให้พูดไม่ชัด (Dysarthria) อาการพูดไม่ชัดเกิดจากรอยโรคที่ส่วนของ pyramidal tract ก็ได้ โดยเกิดจากการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Stroke Recovery Association Nsw, 2010)

2.1.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงมีความซึมเศร้า การสื่อสารมีความบกพร่องไม่สามารถบอกผู้อื่นให้เข้าใจตนเองได้ หรือมีอาการพูดไม่ชัดทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย กลัว วิดกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยมีได้ดังนี้

1) ซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรก ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Esparrago Llorca et al., 2015) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรกพบได้ร้อยละ 24.9 ถึงร้อยละ 66 (Glamcevski & Pierson, 2005; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010; De Ryck et al., 2013; Shi et al., 2015) สามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ในทุกระยะภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อ การฟื้นฟูสภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต การรอดชีวิตของผู้ป่วย การเป็นภาระในการดูแล รวมถึงเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล (Carota & Bogousslavsky, 2012)

2) วิดกกังวล (Anxiety) ความชุกของอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้บ่อย แต่พบได้ไม่บ่อยเท่าภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถพบได้ ร้อยละ 22 ถึงร้อยละ 25 และจะพบได้ลดลงในช่วง 4 - 6 เดือน ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (De Wit et al., 2008)

2.1.3.3 ผลกระทบด้านครอบครัว การที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้วิถีชีวิตของคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัว ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัวที่พบได้ มีดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552)

1) ปัญหาสุขภาพกาย เมื่อมีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ในครอบครัว ภาระการดูแลก็ต้องเป็นของสมาชิกในครอบครัว ญาติผู้ป่วยบางรายทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพทรุดโทรม อาจปวดหลังเพราะญาติช่วยผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ถูกต้อง อาจ

วิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์กับเพื่อน และมีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง มีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนน้อยลง เกิดความเครียด และคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว

2) การปรับบทบาทและหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดความพิการขึ้น สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน

3) รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น เพราะต้องใช้เงินเพื่อการรักษา หรือจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และมีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว

4) ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากภาระต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น และการที่ต้องเผชิญอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยนาน ทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อยลง สมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจึงเกิดความกดดัน เครียด และหงุดหงิดง่าย

2.1.3.4 ผลกระทบด้านสังคม หลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการปรับตัวเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายเกิดขึ้น และผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง หรือไม่สามารเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ทำให้สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และสังคมห่างเหิน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วย และญาติ จากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต จึงสูญเสียศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทเดิมที่เคยทำมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดรายได้ และขาดการยอมรับจากสังคม (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548)

2.1.3.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดความพิการขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเดิม ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะพบว่าในแต่ละปีประเทศต่างๆ จะเสียค่าใช้จ่ายกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรง และทางอ้อมค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรคอื่นๆ ซึ่งสมาคมโรคหัวใจอเมริกันประมาณการค่าใช้จ่ายรวมของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในปี 2006 คือ 57.9 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Thom et al., 2006) และการดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการรักษาในหอผู้ป่วยทางระบบประสาทปกติเนื่องจากการใช้ทรัพยากรของบุคลากรที่สูงขึ้น และขั้นตอนในการวินิจฉัย (Epifanov et al., 2007)

2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ความหมาย อับติการณ์ และความชุกของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลาย ดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) (2015) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก หรือสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยมีความสุข

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย และมีผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานและกิจวัตรประจำวัน

ราชบัณฑิตยสถาน (2548) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของอารมณ์แบบหดหู่ ซึมเศร้า ขาดความกระปรี้กระเปร่า ขาดความกระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการเศร้าโศกเสียใจ หรือความรู้สึกหดหู่ อาการที่มักพบคือ ความรู้สึกหมดหวัง สูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง การมองโลกในแง่ร้าย และเบื่อหน่ายในสิ่งต่างๆ

สายฝน เอกวารงกูร (2554) ได้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน

โดยสรุปภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง กลุ่มอาการเศร้าโศกเสียใจหรือความรู้สึกหดหู่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ที่มีการแสดงออกในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย หรือด้านพฤติกรรม โดยการแสดงออกของอาการในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน

อับติการณ์ และความชุกของภาวะซึมเศร้า

อับติการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เนื่องจากการใช้เครื่องมือ เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเฉียบพลัน หรือระยะเรื้อรัง และสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับการทดสอบ ซึ่งภาวะซึมเศร้านักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

(Esparrago Llorca et al., 2015) โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบได้ร้อยละ 24.9 - ร้อยละ 66 (Glamcevski & Pierson, 2005; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010; De Ryck et al., 2013; Shi et al., 2015) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เป็นครั้งแรก และอาการไม่รุนแรง พบการศึกษาในชาวจีนของ Shi และคณะ (2015) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีอาการไม่รุนแรง (NIHSS ≤ 3) ที่เป็นครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 757 คน มีอายุเฉลี่ย 61.4 ปี (S.D. = 11.56) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 67.8 โดยติดตามประเมิน 14 วัน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปีภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2, จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9, จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 และจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.7) และมีอายุเฉลี่ย 60 ปี

การศึกษาของ Zhang และคณะ (2013) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศจีน ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 10.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.5 โดยติดตาม 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า 25 คน คิดเป็นร้อยละ 27.47 และจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.59 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (25 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 56) มีอายุ ≥ 60 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 56) และไม่ได้ทำงาน/เกษียณอายุจำนวน 17 คน (ร้อยละ 68)

การศึกษาของ Altieri และคณะ (2012) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่อาการไม่รุนแรง (NIHSS ≤ 5) ในประเทศอิตาลี เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ Beck Depression Inventory Short Form (BDISF) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน มีอายุเฉลี่ย 64.38 ปี (S.D. = 11.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.7 โดยติดตาม 1 เดือน และ 30 เดือนภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22 และจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (43 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 28 คน (ร้อยละ 65.1) และมีอายุ ≥ 65 ปี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 60.5)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ทำในต่างประเทศสามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก โดย

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบมากกว่าในระยะ 3 เดือน และจำนวนผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้าจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเป็นผู้สูงอายุ และเป็นเพศชาย แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเป็นเพศหญิง อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผลการศึกษาจึงต่างกัน และการศึกษาของ Schepers และคณะ (2009) พบว่าใน 1 ปีแรกจะพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าในระยะ 1 - 3 ปี ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว 1 ปี พบภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 16.2 - ร้อยละ 29 (Abubakar, Obiakor, Sabir, Iwuozuo, & Magaji, 2014; Shi et al., 2015)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยช่วงระยะแรก พบการศึกษาของจุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา (2548) ศึกษาอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depressive Scale: TGDS) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 คน มีอายุเฉลี่ย 63.79 ปี (S.D. = 7.02) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58 ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 92 โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 43 และภาวะซึมเศร้าระดับสูงพบร้อยละ 6.4 และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และการศึกษาในช่วงระยะเวลาอื่นๆ พบการศึกษาของวิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาตย์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน มีอายุเฉลี่ย 50.65 ปี (S.D. = 6.96) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.8 พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 และไม่มีอาการจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5

การศึกษาของช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร ลินธุ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depressive Scale: TGDS) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน มีอายุเฉลี่ย 71.3 ปี (S.D. = 8.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.1 ระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาเฉลี่ย 60.5 เดือน (SD = 46.2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 136 ราย (ร้อยละ 76.6) โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 74

คน คิดเป็นร้อยละ 44 ระดับเล็กน้อยจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 และระดับรุนแรงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3

การศึกษาของ Nidhinandana และคณะ (2010) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depressive Scale: TGDS) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คน มีอายุเฉลี่ย 60.69 ปี (S.D. = 2.34) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 68.3 ระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาเฉลี่ย 14.88 เดือน (SD = 6.0) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 46.53) แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79 ปานกลางจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 18.81 และรุนแรงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93

จะเห็นได้ว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยพบการศึกษาในช่วงแรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษารวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และรวมผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อย่างไรก็ตามจะเห็นว่ามีความชุกที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละการศึกษา อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่ต่างต่างกัน มีการใช้จุดตัดที่ต่างกัน รวมถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ต่างต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าต่างกันได้

2.2.2 อาการ และอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในโรคหลอดเลือดสมอง พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ frontal lobe และพบในผู้ป่วยที่มี infarct ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา และสามารถพบได้ในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคพาร์กินสัน สมองได้รับบาดเจ็บ เนื้องอกสมอง โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต โรคเอดส์ เป็นต้น และในโรคทางจิตเวชที่พบมีโรคอารมณ์แปรปรวน และโรคจิตเภท เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) ซึ่งอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปรากฏได้หลายด้าน ซึ่งมักเกิดร่วมกันและเชื่อมโยงกัน ประกอบด้วยการแสดงออก 4 ด้าน ดังนี้ (สายฝน เอกวรารุง, 2554)

การแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Emotion) จะมีอารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิด จุนเจียว โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย มีความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย และหมดความสนใจ มีความรู้สึกผิด ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองหรือไร้ค่า

การแสดงออกทางด้านความคิด (Cognitive) จะมีความคิดเชิงซ้ำ ซามิเสีย มีความคิดอยากตาย ความสามารถในการคิดและตัดสินใจแย่ลง มีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

การแสดงออกทางด้านการพฤติกรรม (Behavioral) มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

การแสดงออกด้านร่างกาย (Physical) มีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายอาจหลับมากเกินไป มีอาการอ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร

2.2.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยจะส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย (Matsuzaki et al., 2015) มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ (Taylor-Piliae, Hepworth, & Coull, 2013) และทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 10 เท่า (Esparrago Llorca et al., 2015) ภาวะซึมเศรียังส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Lam, Lee, & To, 2010; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้ต้องแยกจากสังคม โดยจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง และมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง (Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมรรถภาพสมองพร่องสูงเป็น 2.9 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) โรคหลอดเลือดสมอง และโรคซึมเศรียังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อนุพงศ์ คำมา, 2556) และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน 1 ปี ถึง 1.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Huai Wu et al., 2012)

2.2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดจำนวนมาก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการมากกว่าเป็นอาการเดียว จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่ยกมองปัญหาซึมเศร้าในลักษณะใด ซึ่งการประเมิน และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มต้นของการเกิดซึมเศร้าจะช่วยให้กระบวนการช่วยเหลือขั้นตอนต่อมามีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ การเลือกเครื่องมือจะต้องพิจารณาว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องการคือใคร เพราะเครื่องมือบางเครื่องมือสร้างมาเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย จึงควรเลือกแบบประเมินให้มีความเหมาะสม เช่น Thai

Geriatric Depression Scale (TGDS) ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป, แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) ใช้ประเมินในเด็ก, แบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (ฉบับอุมาพร ตรังคสมบัติ) นำไปใช้ประเมินในวัยรุ่นอายุ 15 - 18 ปี เป็นต้น โดยทั่วไปการประเมิน และคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามการรับรู้ของตนเอง (self rating scale) และการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินจากการให้ผู้ถูกประเมินตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ (clinical rating scale) (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546; ธรรมชาติ เจริญบุญ, 2554) ดังนี้

2.2.4.1 เครื่องมือที่ให้ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self - report) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบให้บุคคลตรวจสอบ หรือประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง ตามการรับรู้ และความรู้สึกตามข้อคำถามที่กำหนด โดยผู้ถูกประเมินเป็นคนอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพ และมีความครอบคลุม โดยทั่วไปเครื่องมือในลักษณะนี้มักเป็นแบบสอบถาม หรือแบบประเมินที่มีข้อคำถามที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่ครอบคลุมอาการและอาการแสดงทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม แต่ละข้อคำถามอาจเป็นลักษณะให้เลือกตอบ (checklist) ว่าใช่หรือไม่ มีหรือ ไม่มี หรือมีลักษณะให้ประเมินเป็นระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามข้อคำถามที่กำหนด (likert scale) จากนั้นคิดค่าคะแนน และแปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง แบบประเมินในลักษณะนี้มีประโยชน์คือใช้ง่าย สามารถประเมินในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้ ไม่ต้องใช้บุคลากรมาก และประหยัดค่าใช้จ่าย แต่อาจมีข้อจำกัดคือผู้ตอบแบบสอบถามต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ และบางครั้ง ผู้ตอบอาจจะสับสนหรือไม่แน่ใจในข้อคำถามหรือวิธีการตอบแบบสอบถามได้ ความแม่นยำอาจเสียไปบ้าง (สายฝน เอกวางกูร, 2554; ธรรมชาติ เจริญบุญ, 2554) ในปัจจุบันแบบประเมินมีจำนวนมาก ซึ่งเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบให้บุคคลรายงานตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI) , Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) , Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), Thai hospital anxiety and depression (Thai - HADS) , Thai Depression Inventory (TDI) และ Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ - 9) เป็นต้น โดยเครื่องมือแต่ละฉบับมีรายละเอียดดังนี้

1) Beck Depression Inventory (BDI) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป ผลการวัดจะมีความละเอียดอ่อน และมีความไวสูงสำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับเล็กน้อย (mild

depression) ระดับปานกลาง (moderate depression) และระดับรุนแรง (severe depression) ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมกับระดับอาการ และความรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งแบบประเมินได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก ในปีค.ศ. 1961 โดย Beck และคณะ จากนั้นมีการพัฒนาประสิทธิภาพของเครื่องมือในปี ค.ศ. 1971 และตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1978 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นของตนเองภายในช่วงเวลาที่กำหนด ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 10 นาที ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์) ถึง 3 (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 แบ่งภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 5 - 9 หมายถึง ไม่ซึมเศร้า (normal) คะแนน 10 - 18 หมายถึง ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) คะแนน 19 - 29 หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression) และคะแนน 30 - 63 หมายถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง .73 ถึง .92 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .86 มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) สำหรับกลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเท่ากับ .81 และ .86 ตามลำดับ (สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(CES-D) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป ประกอบด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เคย/น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์), 1 (บางครั้ง/1-2 วันต่อสัปดาห์), 2 (บ่อยๆ/3-4 วันต่อสัปดาห์) และ 3 (ตลอดเวลา/5-7 วันต่อสัปดาห์) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ซึ่งในประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หวานนท์ (2540) ได้แปลแบบประเมิน CES-D เป็นภาษาไทย และศึกษาหาประสิทธิภาพของเครื่องมือในการประเมิน และคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทย ใช้ในการคัดกรองซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่น (อายุระหว่าง 15 - 18 ปี) ที่ซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งวัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ .86 และพบว่าค่าคะแนน CES-D ที่สูงขึ้นจะแปรผันตามความรุนแรงของซึมเศร้าที่สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประหยัดง่ายต่อการนำไปใช้ และสามารถวิเคราะห์ผลได้รวดเร็ว นอกจากนั้นยังมีแบบสอบถาม CES-D ฉบับที่มีการพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่เหมาะสมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดยวิไล คุปต์นิริติศยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) โดยทำการศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ศิริราชจำนวน 69 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 คน ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากให้ค่าความไวได้สูงที่สุด โดยที่มีค่าความจำเพาะสูง คือเท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้สึกด้านซึมเศร้า ความรู้สึกด้านดี อาการทางกาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเมื่อคำนวณด้วยวิธีครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92

3) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) หรือแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย เป็นแบบประเมินที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวบรวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา เพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยขึ้นมา โดยใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Screening Scale (GDS) ของ Yesavage และคณะ (1983) และอรรณพ สัททองอินทร์ ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทย โดยมีการเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อ แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 30 คะแนน โดยคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 ในแต่ละคำถาม ลักษณะคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แบบทดสอบนี้มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 กำหนดเกณฑ์คะแนนตัดสินความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยคือ เกณฑ์คะแนนรวมของ TGDS ระหว่าง 0 - 12 คะแนน ถือว่าปกติ, คะแนนระหว่าง 13 - 18 คะแนน ถือว่าเป็นเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย, คะแนนระหว่าง 19 - 24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25 - 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

4) Thai hospital anxiety and depression (Thai - HADS) เป็นแบบคัดกรองปัญหาวิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับภาวะซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนจะแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวล และซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วน ได้ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน คะแนน 0 - 7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช, คะแนน 8 - 10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11 - 21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช มีการพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression

Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) โดยแปลจาก hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith (1983) ได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของแบบวัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 60 รายโดยเครื่องมือในการวัดความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี เมื่อใช้ cut - off point ที่คะแนน > 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub - scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub - scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub - scale ผลการศึกษาแสดงว่าสมควร นำ Thai HADS มาใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด มีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี

5) Thai Depression Inventory (TDI) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง พัฒนาขึ้นโดยมาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ ในปี 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอ้างอิงมาจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ความสนใจในสิ่งแวดล้อม และอาการแสดงทางด้านร่างกาย โดยในแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คือ ก, ข, ค และ ง แต่ละตัวเลือกแสดงถึงอาการ อาการแสดงที่มีความแตกต่างกันออกไปตามระดับของภาวะซึมเศร้า โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 50 ราย โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า Cronbach's alpha มีค่าเท่ากับ 0.858 และมีค่า concurrent validity โดยวิธี Spearman - Brown formula เท่ากับ 0.7189 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าของคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป (Lotrakul & Sukanich, 1999)

6) The Patient Health Questionnaire (PHQ - 9) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Kroenke และคณะ (2001) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้วัดความรุนแรงของโรค

ซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย และภาษาอีสานโดย จินตนา ถึงเพิ่มพูน และคณะ (2549) ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 94 คำถามมีทั้งหมด 9 ข้อ เป็นการให้ผู้ป่วยสำรวจอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีอาการบ่อยเพียงใด คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 ดังนี้ 0 คะแนน (ไม่เคยเลย), 1 คะแนน (หลายวัน), 2 คะแนน (มากกว่าครึ่งหนึ่งของวัน ทั้งหมด) และ 3 คะแนน (เกือบทุกวัน) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้ < 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 7 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

7) Zung Self - Rating Depression Scale (SDS) แบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าของซุงสร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินทางด้านอารมณ์ ด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านพฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 ถึง 20 นาที มีข้อความที่แสดงอารมณ์ และพฤติกรรมทั้งด้านบวก และด้านลบอย่างละ 10 ข้อ ในแต่ละข้อจะประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน (ไม่เคยหรือมีเล็กน้อย), 2 คะแนน (เป็นบางครั้ง), 3 คะแนน (เป็นประจำ) และ 4 คะแนน (เกือบทุกวัน) คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 50 คะแนน ถือว่าปกติ, 50 - 59 คะแนน ถือว่าซึมเศร้าเล็กน้อย, 60 - 69 คะแนน ถือว่าซึมเศร้าปานกลาง และมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าซึมเศร้ารุนแรง แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี split - half reliability เท่ากับ .73 (Zung, 1965) ในระยะหลังแบบวัดนี้ไม่ได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้เท่าที่ควร (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551)

2.2.4.2 เครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินจากการให้ผู้ถูกประเมินตอบ
คำถามจากการสัมภาษณ์ (clinical rating scale) ผู้ที่สัมภาษณ์นั้นเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ที่ต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือมาก่อน เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีข้อดีคือจะมีความแม่นยำมากกว่า สามารถใช้ในผู้ที่อ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ ลดปัญหาเรื่องการไม่เข้าใจวิธีการตอบ แต่มีข้อด้อยคือ อาจไม่เหมาะสมกับการใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากๆ เพราะจะต้องใช้เวลานานและบุคลากรจำนวนมาก เครื่องมือในลักษณะนี้ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm - Ottosson Depression Scale (CODS), Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) เป็นต้น (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; ธรรมชาติ เจริญบุญ, 2554)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Center for Epidemiologic Studies - depression Scale (CES-D) ของวิลโล คูปด์นิตติยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่เหมาะสมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทย โดยสามารถใช้ได้ในวัยผู้ใหญ่ ง่ายต่อการนำไปใช้ เป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้อย่างกว้างขวาง มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม โดยเฉพาะมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (van de Port et al., 2007; Schepers et al., 2009; Taylor-Piliae, Hepworth, & Coull, 2013) และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูง

2.3 ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นทฤษฎีที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้เชื่อว่าความเครียดเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล โดยบุคคลแต่ละบุคคลจะประเมินสถานการณ์ หรือแปลความหมายของสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่ง Lazarus และ Folkman ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และมองว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นกับบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม แต่จะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจเครียดของบุคคลจะต้องผ่านการประเมินโดยใช้ปัญญา (Cognitive appraisal) และให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (Coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการความต้องการทั้งภายนอก และภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล และได้อธิบายทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุของความเครียด (Casual antecedent)
 - 1.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)
 - 1.2 ปัจจัยสถานการณ์ (Situational factors)
2. กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)
 - 2.1 การประเมินสถานการณ์ (Appraisal)
 - 2.2 การเผชิญความเครียด (Coping)
3. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes)

1. สาเหตุของความเครียด (Casual antecedent)

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินหรือประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่เป็นโครงสร้างภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ คุณค่าภายในจิตใจ เช่น ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมของบุคคล เป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ ความเชื่อที่มีอยู่ เช่น ความเชื่อในศาสนา ความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งลี้ลับ ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้ จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์ในลักษณะท้าทาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง เกิดความกระตือรือร้นในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้จะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง และความผูกพัน (Commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามีความสำคัญหรือความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น เช่น ความผูกพันระหว่างบุคคลกับสถานการณ์มีมากหรือน้อย

1.2 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ใหม่ (Novelty) สถานการณ์ที่ทำนายได้ (Predictability) สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Event uncertainty) ความจวนตัวของสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Imminence of harm) เวลาที่ได้รับสถานการณ์ (Timing) ความคลุมเครือของสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Ambiguity of harm) แหล่งประโยชน์ (Resources) ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะประเมินสถานการณ์เป็นความเครียด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต และความรู้ของบุคคล ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่หรือไม่เคยเจอมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

2. กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) ดังนี้

2.1 การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม เป็นการประเมินความสำคัญหรือความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นบุคคลจะรับรู้

ว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสิน ซึ่งการประเมินสถานการณ์มี 3 แบบ ได้แก่

2.1.1 การประเมินขั้นแรกหรือการประเมินปฐมภูมิ

(Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินตัดสินสถานการณ์ออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

1) ไม่มีความสำคัญต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตน ไม่มีผลต่อการรับผิชอบของตน ไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายาม หรือการปรับตัวที่ซับซ้อน

2) เกิดผลดีหรือได้ประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลดีต่อตนเอง บุคคลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความเพลิดเพลินใจ มีความสุข และความร่าเริง

3) ประเมินว่าเป็นความเครียด (Stress) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัว ซึ่งจะแยกการประเมินว่าเป็นความเครียดออกเป็น 3 ลักษณะคือ

(1) ประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm or loss) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายกับตน หรือก่อให้เกิดความสูญเสีย

(2) เป็นสิ่งคุกคาม (Threat) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตราย หรือสูญเสีย ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบโดยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

(3) เป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตราย หรือสูญเสีย แต่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความตื่นเต้นที่จะเรียนรู้

Kessler (1998) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman แต่แบ่งการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านที่ประเมินว่าไม่มีความสำคัญต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนหรือไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) กับด้านที่เกิดผลดีหรือได้ประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง (Benign positive) รวมกันเป็นหนึ่งด้าน และด้านที่สองประเมินว่าเป็นความเครียด โดยด้านนี้แบ่งตาม Lazarus และ Folkman ออกเป็นสามด้านได้แก่ 1.การประเมินสถานการณ์เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย (Harm/loss) 2.

การประเมินสถานการณ์เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต (Threat) 3.การประเมินสถานการณ์เป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge)

2.1.2 การประเมินขั้นที่สองหรือการประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ เป็นกระบวนการประเมินที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาเลือกแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้ว มีการประเมินที่ซับซ้อนมากกว่า และการประเมินทุติยภูมินี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักแล้วว่า กำลังอยู่ในอันตรายไม่ว่าสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือท้าทายก็ตาม บุคคลจะพยายามใช้สติปัญญาเพื่อแก้ไขปัญหา และมีความพยายามที่จะพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้หลากหลายยิ่งขึ้น

2.1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินว่าแบบแผนที่แก้ไปแล้วทำให้ความเครียดมีอยู่ ลดลงหรือหมดไปหรือไม่ เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติมหรือประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้ทำไปแล้ว โดยเมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น บุคคลแต่ละคนจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือรู้สึกผิด การรับรู้ที่แตกต่างกันเนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์ และพัฒนาการทางสติปัญญาที่เลือกรับรู้แตกต่างกัน การประเมินซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และทำให้ผลการประเมินที่ได้มีลักษณะเป็นพลวัตร ปรับเปลี่ยนไปได้

2.2 การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่จะแก้ปัญหา และลดความเครียด โดยที่บุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมี หรือรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการเผชิญความเครียดบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ระดับของสิ่งคุกคามจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นนำแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญความเครียดลดลง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

2.2.1 รูปแบบการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused of coping) เป็นการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีวัตถุประสงค์ โดยมีกระบวนการแยกแยะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หาทางเลือกในการแก้ปัญหา หาวิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธี โดยชั่งน้ำหนักถึงผลดีผลเสีย และเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา อาจจัดการที่ตัวปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การหาแหล่งประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน

2.2.2 รูปแบบการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์ (Emotion focused of coping) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการลดอารมณ์ดังเครียดเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ มักใช้ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การถอยห่างจากปัญหา (Distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (Select attention) การมองในข้อดีมากกว่าข้อเสีย (Positive compairism) การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (Wrest positive value from negative event) การระบายออกของความรู้สึกที่รุนแรง ก้าวร้าว

Jalowiec (1988) ได้ขยายแนวคิดของการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman จากเดิม 2 ด้าน เพิ่มเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1.การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) 2.การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และ 3.การจัดการกับปัญหาทางอ้อม หรือการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative coping) ซึ่งการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางอ้อมเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง หรือเป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes)

ผลลัพธ์ของการปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความเครียด และการเผชิญความเครียด ซึ่งมีการปรับตัวใน 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญกำลังใจ และสุขภาพ ดังนี้

3.1 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นการคงไว้ซึ่งบทบาท และสัมพันธภาพทางสังคม

3.2 ขวัญกำลังใจ (Morale) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด

3.3 สุขภาพ (Somatic health) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลต่อความเครียด หากมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้าหากมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเกิดความเครียดในระดับสูง เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัว วิดกกังวล โกรธ ซึมเศร้า

ความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปรับตัวคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะประเมินว่าการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลอย่างไรต่อตนเอง โดยจะประเมินตัดสินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจมีได้ 3 ลักษณะ คือ 1.ไม่ก่อให้เกิดผลได้ผลเสีย 2.เป็นผลดี หรือ 3.เป็นผลเสียก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลจะต้องใช้สติปัญญาในกระบวนการประเมิน (Cognitive appraisal) ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เป็นการคุกคาม หรือเป็นการท้าทาย การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าเป็นความเครียดชนิดใดและรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน 2 ด้าน คือ 1.ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) ซึ่งในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 2.ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ซึ่งในที่นี้หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจะเกิดการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน และเมื่อประเมินเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเป็นความเครียด ก็จะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวในทางลบซึ่งก็คือภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านตัวบุคคลตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยเป็นความรู้สึกซึ่งเป็นสภาวะภายในของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ ผลของความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้มีการลดหรือเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลจะรู้สึกผิด รู้สึกแย่ น้อยใจ และเสียใจกับภาพลักษณ์ และพฤติกรรมของตนเอง คิดว่าไม่มีใครต้องการ ไม่มีความหมายสำหรับบุคคลรอบข้างอีกต่อไป จึงเกิดความเครียดขึ้น เมื่อเกิดปัญหาใดก็ตามที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ กลไกทางจิตจะพยายามที่จะป้องกัน self-esteem ให้คงอยู่ หรือถ้าเสียไปก็จะพยายามซ่อมแซมให้กลับคืนมา ผลของความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้มีการลดหรือเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้มีการตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว เกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าต่อไปได้ (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; สายฝน เอกวรางกูร, 2554) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท (Vickery, Sepehri, & Evans, 2008)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อมีการเผชิญกับความเครียดตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) การที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว และการได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีการปรับตัวที่ดี ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี และทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหา หรือความเครียดที่มากระทบได้ ทำให้มี

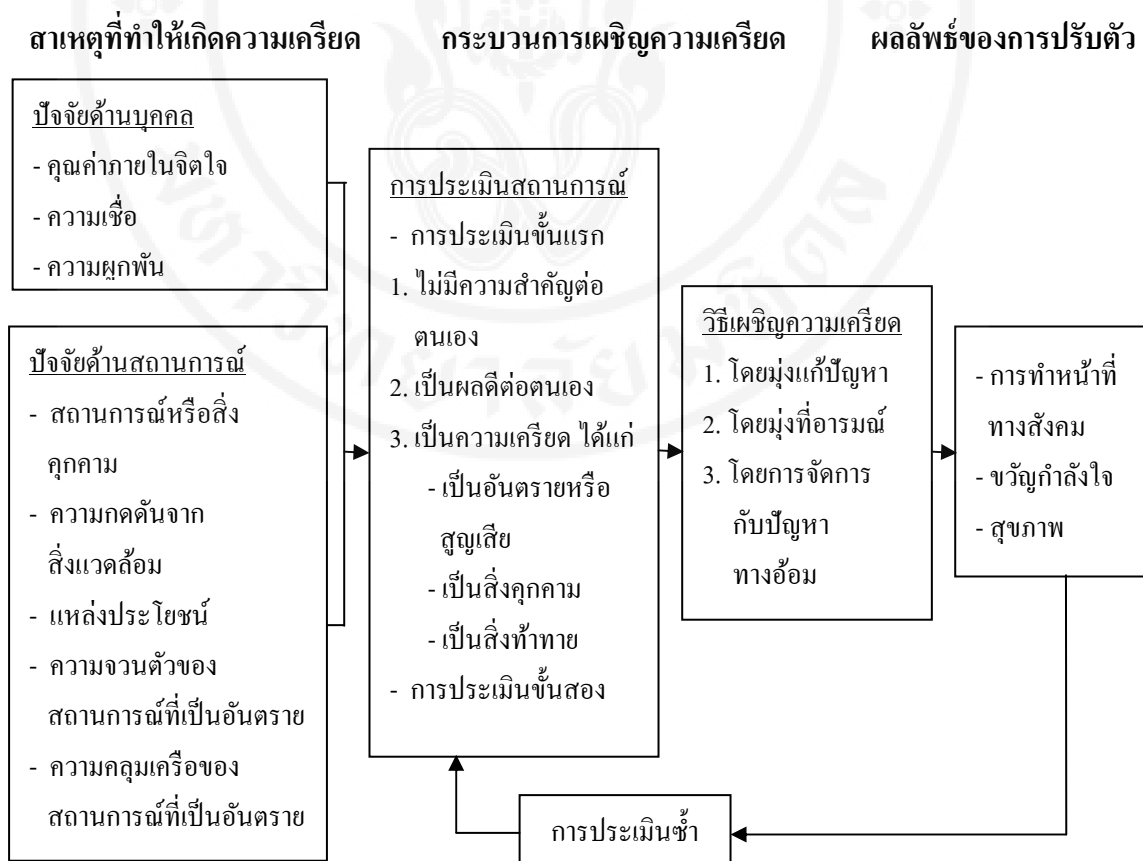
ภาวะสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ เกิดความเครียดได้ง่าย และมีความรู้สึกลึกซึ้งเศร้าได้ (สายพิน ยอดกุล และ จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, 2555) ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะมีการปรับตัวที่ดี และครอบครัวยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมซึ่งทั้งสองปัจจัยจะส่งผลต่อการมองสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่จะก่อให้เกิดความเครียด มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ($r = -.21, p = .005$) (Sienkiewicz-Jarosz, et al., 2010)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจหรือการประเมินสถานการณ์ ถ้าผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียดจะเกิดการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน และจะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวในทางลบซึ่งก็คือภาวะซึมเศร้า

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินใจสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความสำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับตน เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือเกิดผลดีต่อตน หรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากการเลือกรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัส และสติปัญญา ซึ่งมีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะประเมินสถานการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองว่าการป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) เป็นสถานการณ์ที่เป็นการคุกคาม (threat) เป็นสถานการณ์ที่เป็นการท้าทาย (challenge) หรือเป็นสถานการณ์ที่เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตน (Benign/Irrelevant) การประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเป็นความเครียดจะเกิดการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน และจะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวในทางลบซึ่งก็คือภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Johnson (2008) พบว่าการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด เพื่อให้

เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดก็จะเกิดการเผชิญความเครียด โดยจะพยายามหาวิธีในการเผชิญปัญหาเพื่อกำจัดความเครียด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เมื่อเกิดโรคขึ้นผู้ป่วยต้องพบกับสภาพที่เกิดจากโรคที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด โดยผู้ป่วยจะมีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) หรือการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative coping) และต้องการการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาในทุกระยะของโรค และการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจึงเกิดความเครียดขึ้น ก็จะเกิดการปรับตัว ว่ามีการปรับตัวดีหรือไม่ดีอย่างไร ถ้าผลในการปรับตัวในทางลบก็จะเกิดผลลัพธ์ คือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Gillen (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการปฏิเสธ และการตำหนิตนเองบ่อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า



แผนภาพที่ 2.1 แสดงแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์ การเผชิญความเครียด และร่วมกันส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยคือ ภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ดังนี้

2.4.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

Rosenberg (1965) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับ นับถือตนเอง การเห็นคุณค่า รวมทั้งการประเมินตนเองในทางบวกหรือทางลบ

Coopersmith (1981) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการประเมินคุณค่าของบุคคล ทักษะคิดในการยอมรับตนเองด้านบวกและด้านลบ เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ และมีคุณค่า ประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบตนเองกับมาตรฐานที่ตั้งไว้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับ การประเมินตนเองในทางบวกหรือทางลบ ความรู้สึกเคารพตนเองยอมรับตนเอง เห็นว่าตนเองมีคุณค่า ตระหนักในข้อผิดพลาดของตน และพยายามแก้ไขให้ดีขึ้น

เครื่องมือในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินที่ใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg Self - Esteem Scale: RSES) Rosenberg ได้สร้างแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขึ้นในปี ค.ศ.1965 ชื่อ Rosenberg Self - Esteem Scale มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ คือ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้มาก่อนเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา ให้ 4 คะแนน เป็นแบบประเมินที่ถูกนำไปใช้ และถูกนำไปทดสอบความตรง และความเชื่อมั่นด้วยวิธีการต่างๆ หลายครั้งกับกลุ่มประชากรต่างๆ สำหรับในประเทศไทยพ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ คือ

ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชชุมชน พฤติกรรมศาสตร์ จิตเวชคลินิก จิตวิทยาคลินิก และการพยาบาลจิตเวช และได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 - .87 ซึ่งวิธีทา ทดหล่อ (2555) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (Coopersmith Self - Esteem Inventory) Coopersmith ได้สร้างแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในปี ค.ศ. 1981 ชื่อ Coopersmith Self - Esteem Inventory ฉบับผู้ใหญ่ มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self - Esteem Scale) เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน มีจำนวนข้อไม่มาก มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม รวมถึงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความเชื่อมั่นสูง

ความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านตัวบุคคลตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยเป็นความรู้สึกซึ่งเป็นสภาวะภายในของบุคคลที่มีต่อตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Vickery, Sepehri, และ Evans (2008) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 80 คน เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self - Esteem Scale และ Visual Analogue Self - Esteem Scale และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการฟื้นฟูสภาพหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ย 14 วัน, มีอายุเฉลี่ย 62 ปี, ร้อยละ 52 เป็นเพศหญิง, ร้อยละ 25 เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน, มี Right hemisphere strokes ร้อยละ 51, left hemisphere strokes ร้อยละ 45 และ bilateral strokes ร้อยละ 4 ผลการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่า และมีระดับของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาของ Shida, Sugawara, Goto, และ Sekito (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิต (living conditions) ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศญี่ปุ่น โดยเป็นผู้ป่วยที่กลับมาที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามการรักษาจำนวน 65 คน ทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และหลอดเลือดสมองแตก โดยใช้แบบประเมิน Japanese version of the Rosenberg Self - Esteem Scale (RSE) ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และประเมินปัจจัยส่วนบุคคล การทำหน้าที่ของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.9 ปี, เป็นเพศชายร้อยละ 63.1, ระยะเวลาหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเฉลี่ย 10.7 ปี, เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกร้อยละ 78.5, มีอาการอัมพาตร้อยละ 76.9 ซึ่งร้อยละ 66 มีอาการอัมพาตด้านขวา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเล็กน้อยถึงแม้ว่าจะเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันส่งผลอย่างมากต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การศึกษาของ Fung, Lui, และ Chau (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในฮ่องกง โดยเก็บข้อมูลหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 สัปดาห์ และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 คน มีอายุเฉลี่ยคือ 76.14 ปี (SD = 7.15), เป็นเพศชายร้อยละ 62, กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดย้อยละ 78, มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 21 และมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง ใช้แบบประเมิน Rosenberg Self - Esteem Scale (RSES) ของ Rosenberg (1965) และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศรียร้อยละ 37 และเมื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -.59, P < .01$) ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และมีภาวะพึ่งพาในการดูแลตนเองปานกลาง มักจะเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาของ Chau และคณะ (2010) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชาวจีน 6 เดือน ภายหลังออกจากโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพในฮ่องกง และศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 210 คน เป็นเพศชาย 124 คน และเพศหญิง 86 คน, มีอายุเฉลี่ย 71.7 (SD = 10.2) ใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง State Self - esteem Scale (SSES) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คะแนนสูงสุดแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และใช้แบบ

ประเมินภาวะซึมเศร้า The Geriatric Depression Scale มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ใช้สถิติ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11 มีภาวะพึงพาในระดับรุนแรง และร้อยละ 39 ไม่มีภาวะพึ่งพา กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 42 คน (ร้อยละ 20.5) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง 33 คน (ร้อยละ 16.1) และพบว่าความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .58, p < .05$) และเป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

นอกจากนั้นในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของวไลพรธม เอี่ยมกมล, ชนกวร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2556) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 57.1 ใช้แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .73 และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta coefficient) ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ 10 และพบว่าความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพิการปานกลาง ทำให้การทำงานของร่างกายแตกต่างจากเดิมเล็กน้อย จึงเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย

สรุปพบว่าการศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการศึกษาในคนจีน และคนอเมริกัน และเป็นการศึกษารวมผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมถึงยังไม่พบการศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย

2.4.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวหลากหลาย ดังนี้

Friedman (1981 อ้างใน อัญชลี จิตะปุระ, 2536) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นหน่วยของสังคม ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความผูกพันด้านอารมณ์กับบุคคลที่อยู่

ร่วมกันอย่างใกล้ชิด และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

Morrow และ Wilson (1961) อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อัญชลี จิตะปุระ (2536) ได้อธิบายว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพัน ซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจ และการปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ เพื่อให้สมาชิกแต่ละบุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

กาญจนา ศิริเวลาชัย (2536) ได้อธิบายว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันด้วยความพึงพอใจ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

นิตยา คชภักดี (2545) ได้อธิบายเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง การเกี่ยวข้อง มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรัก และเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรม การสื่อความหมาย มีส่วนร่วมปรึกษาหารือ ตัดสินใจ และทำกิจกรรมในบรรยากาศที่สงบสุข

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ การพูดคุย การแสดงออกซึ่งความรัก และทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งสัมพันธภาพที่ดี และไม่ดี

สรุปในการศึกษานี้สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์หรือความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันในด้านความรัก ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นหนึ่งอันเดียวกัน

จากการศึกษาของ จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม, และ ดุชนิ ดามี (2552) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทย พบว่าโครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว มีรูปแบบครอบครัวที่มีพ่อ แม่ ลูกอยู่ด้วยกัน หรือมีเพียงพ่อแม่อยู่ด้วยกัน และเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่ลูกอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย/ญาติ และได้ทำการวัดสัมพันธภาพใน

ครอบครัว โดยวัดจากสัมพันธภาพในครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ การแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสัมพันธภาพที่ดี และไม่ดีมีสัดส่วนพอๆ กัน

เครื่องมือในการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินที่ใช้ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

1. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี จูตะประ (2536) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Friedman (1981) และแนวคิดของ Morrow และ Wilson (1961) มีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรัก 6 ข้อ, ด้านความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน 8 ข้อ, ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 4 ข้อ, ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน 7 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นหนึ่งอันเดียวกัน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ โดยข้อความนั้นไม่เป็นจริงให้ 1 คะแนน จนถึงข้อความนั้นเป็นจริงมากให้ 4 คะแนน โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ จำนวน 10 คน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตสังคม และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 ซึ่งมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานโดย วรรษา ทัดหล่อ (2555) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

2. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพัชรกัณฑ์ ไชยสังข์, สิริกร สุรวัชนัฐชา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และ สายใจ ลิขนะเชียร (2556) เป็นแบบวัดความรู้สึกรู้สึกว่ามีความพึงพอใจมากแค่ไหนในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 45 คะแนน ไม่พึงพอใจให้ 0 คะแนน จนถึงพึงพอใจมากให้ 3 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของอัญชลี จูตะประ (2536) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูง

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อมีการเผชิญกับความเครียดตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของจินทนาชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันท์, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และ สุพัฒนา คำสอน (2551) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านจำนวน 10 ราย ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษารวม 10 ครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 7 คน, มีอายุเฉลี่ย 69.6 ปี, ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 4.5 ปี, ทุกครอบครัวผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 2 รูปแบบคือ ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยครอบครัวเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระของทุกคนที่ต้องช่วยกัน การเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วยทำให้เกิดความผูกพัน เอาใจใส่ดูแลกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น และครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลหลักจะต้องรับภาระในการดูแลเพียงลำพัง แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม

การศึกษาของ Sienkiewicz-Jarosz และคณะ (2010) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน ในประเทศโปแลนด์ และประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับความถี่ ความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ และการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำนวน 242 คน ทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 66.1 ปี, เป็นเพศชายร้อยละ 42, มีพยาธิสภาพด้านซ้ายร้อยละ 74, ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 82.7 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 65.2 ปี, เป็นเพศชายร้อยละ 93, มีพยาธิสภาพด้านซ้ายร้อยละ 75.6, ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 43.7 ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว โดยจะมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ($r = -.21, p = .005$) และยังพบว่าการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p = .00000$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของพัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุธวัชณัฐชา, ปริมิวิชญา อินตะกัน, และ

สายใจ ลิขนะเรียร (2556) โดยศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของเจมิจิต สแนชเชล เป็นแบบวัดความรู้สึกว่าพึงพอใจในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก และใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 66.4 และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = .414$) และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .386$)

การศึกษาของวรวิทยา ทัดหล่อ, กาวนา กิรติยวงศ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 ราย ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้แบบประเมินที่สร้างโดยอัญชลี จิตะปุระ ในปี 2536 โดยใช้แนวคิดของฟรายด์แมน มอร์โรว์และวิลสัน มีจำนวน 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และใช้แบบประเมินซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 39.3 และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.46, p < .001$) และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้ายังไม่สอดคล้องกัน และไม่พบการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.3 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการความรู้สึกลึกซึ้ง ที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตน ไม่เกี่ยวกับตน หรือประเมินเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการความรู้สึกลึกซึ้งที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่

ก่อให้เกิดผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นสิ่งคุกคาม เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง หรือเป็นสิ่งที่ทำลาย รวมถึงการประเมินความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

เครื่องมือในการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินที่ใช้ประเมินสถานการณ์คือ แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) เป็นแบบประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler (1998) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ, เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย จำนวน 8 ข้อ, เป็นสิ่งที่ทำลาย จำนวน 6 ข้อ และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จำนวน 4 ข้อ และการประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ โดยมีคะแนนเริ่มจาก 1 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนที่สูงกว่าในแต่ละด้านเป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเห็นด้วยกับการประเมินตัดสินนั้น ซึ่ง Kessler (1998) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 201 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า .70 แยกเป็นการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ($\alpha = .85$) เป็นอันตรายต่อชีวิต ($\alpha = .88$) เป็นสิ่งที่ทำลาย ($\alpha = .72$) และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($\alpha = .78$) และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัลย์ ตุ่นทอง (2554) โดยใช้กระบวนการแปล และย้อนกลับ (Double Back Translation) โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในภาษาไทย และภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี และไม่คุ้นเคยกับแบบสอบถามนี้มาก่อน ซึ่งได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าแอลฟาเท่ากับ .73

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่พัฒนาโดย Kessler (1998) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัลย์ ตุ่นทอง (2554) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูง

ความสัมพันธ์ของการประเมินสถานการณ์และภาวะซึมเศร้า

การประเมินสถานการณ์เป็นการประเมินความสำคัญ หรือความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ เป็นกระบวนการความรู้สึคนึกคิดที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) การเจ็บป่วยเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ผู้ป่วยจะประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองหรือไม่มีความสำคัญ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่จะประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตราย เป็นสิ่ง

คุกคาม หรือทำทายน จากการศึกษาของ Bigatti, Steiner, และ Miller (2012) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินสถานการณ์ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 65 คน, มีอายุเฉลี่ย 51.98 ปี ใช้แบบประเมินการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS) ของ Kessler (1998) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.88 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) ของ Radloff (1977) โดยใช้เกณฑ์คะแนนที่ ≥ 16 คะแนนจึงถือว่ามีความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 12.1 กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายมากที่สุด (Challenge appraisal) และประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีน้อยที่สุด (Benign appraisal) และเมื่อประเมินปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าพบว่า การประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm/loss appraisal) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .36, p = .003$)

จากการศึกษาของ Aguado Loi และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 68 คน, มีอายุเฉลี่ย 55.4 ปี ใช้แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS) ของ Kessler (1998) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคาม เป็นอันตราย หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ - 9) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นการให้ประเมินตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 45.6 และการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge appraisal) สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.28, p < .01$)

จากการศึกษาของ Johnson (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 392 คน, มีอายุระหว่าง 27 - 91 ปี มีอายุเฉลี่ย 62.03 ปี มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มาก ใช้แบบประเมิน Appraisal of Health (AHS) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ - 9) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.66 (จากค่าที่เป็นไปได้ 12-60) และพบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Threat appraisal) มีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .36, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนน้อย และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และไม่พบการศึกษาการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.4 วิธีการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายวิธีการเผชิญความเครียดไว้ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น ทั้งที่เป็นความต้องการภายในหรือภายนอก ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง

Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) ให้ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียดว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้ลดความขัดแย้งหรือความตึงเครียดในใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวเอง และความสมดุลระหว่างบุคคล รวมทั้งเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่มากกระทบ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามทั้งความคิด และการกระทำในการจัดการกับความเครียด หรือปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกายโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง โดยผู้ป่วยจะแสดงออกถึงวิธีการต่างๆในการเผชิญความเครียด

เครื่องมือในการประเมินการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินที่ใช้ประเมินการเผชิญความเครียด ดังนี้

1. Ways of Coping Questionnaire สร้างขึ้นโดย Lazarus และ Folkman ในปี ค.ศ. 1980 เป็นเครื่องมือที่วัดเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ใน 7 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งหมด 68 ข้อ โดยวัดการเผชิญความเครียดได้สองลักษณะตามแนวคิด คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์ และมีการพัฒนาแบบวัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่วัดใน 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) 2.การสร้างระยะห่าง (Distancing) 3.การควบคุมตนเอง (Self control) 4.การค้นหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking social support) 5.การยอมรับ (Accepting responsibility) 6.การละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง (Escape avoidance) 7.การวางแผนการแก้ปัญหา (Planful problem solving) และ 8.การประเมินซ้ำในทางบวก (Positive reappraisal)

2. The COPE Inventory สร้างขึ้นโดย Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) ประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งหมด 14 แบบ ได้แก่ การลงมือจัดการกับปัญหาและการวางแผน การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาสิ่งช่วยเหลือ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือทางอารมณ์ความรู้สึก การระงับกิจกรรมอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้อง การพึ่งพาศาสนา การตีความหมายใหม่ในทางบวก การชะลอการเผชิญปัญหา การยอมรับ การระบายอารมณ์ การปฏิเสธ การปลดปล่อยหรือไม่เกี่ยวข้องทางจิตใจ การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม การใช้สุราและยาเสพติด และการมีอารมณ์ขัน

3. Jalowiec Coping Scale (JCS) สร้างขึ้นโดย Jalowiec ในปี ค.ศ. 1977 เป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์ โดยสร้างตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 และในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างภายหลังที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางแล้ว ผลการวิเคราะห์พบว่า จากจำนวนคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีคำถาม 4 ข้อ ที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใดได้จึงได้ตัดออก ดังนั้นจึงเหลือคำถามเพียง 36 ข้อ และเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดมีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อมหรือการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative coping) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .95 โดยรายด้านพบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85, ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .70 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75

คะแนนรวมของแบบประเมินการเผชิญความเครียดทั้งชุดคิดเป็นคะแนนจริง (raw score) มีค่าระหว่าง 36 - 180 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้านคือ ด้านการจัดการกับปัญหา มีค่าระหว่าง 13 - 65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9 - 45 คะแนน และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม มีค่าระหว่าง 14 - 70 คะแนน ถ้าคะแนนด้านใดมากแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมาก แต่การคำนวณด้วยคะแนนจริงมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว การแปลผลคะแนนจึงใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) โดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน

คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมากกว่าแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987)

ในประเทศไทยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) มีจำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทย โดยนำไปทดสอบความถูกต้องของการแปล โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษทั้งหมด 3 ท่าน ด้วยวิธี Back translation และนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .86 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมเท่ากับ .82, .71 และ .70 ตามลำดับ และรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพจำนวน 52 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .72 โดยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมเท่ากับ .79, .52 และ .33 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ไปใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้แก่ สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปล และนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .73 และสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec และนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 และจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 50 คน ได้เท่ากับ .82 และมีการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนาคณิษฐ์ (2544) นำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) และหาความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .81 โดยที่ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75, .71 และ .83 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) เนื่องจากมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม รวมทั้งมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูง

ความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดและภาวะซึมเศร้า

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจะเกิดการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative coping) จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะหลัง เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะหลังอย่างละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน กลุ่มผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกเป็นเพศชาย ร้อยละ 68, มีอายุเฉลี่ย 68.96 ปี, ร้อยละ 56 เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และกลุ่มผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังเป็นเพศชาย ร้อยละ 68, มีอายุเฉลี่ย 68.84 ปี, ร้อยละ 52 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มร้อยละ 92 มีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 64 ต้องอาศัยผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะหลัง มีการใช้การเผชิญความเครียดทุกแบบ โดยแบบที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองลงมาคือการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์

จากการศึกษาของรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 52 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 54, มีอายุเฉลี่ย 63 ปี, ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรค 24 สัปดาห์ขึ้นไป ใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้มีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม แบบที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 65

จากการศึกษาของศิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และ จิตกนิษฐ์ ศรีจักรโครต (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลาหลังเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง จำนวน 86 คน ที่รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น มีอายุเฉลี่ย 69.3 ปี, เป็นเพศชายร้อยละ 68.6, ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร้อยละ 98.8, กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 39.5, สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยมีเพียงร้อยละ 12.8 ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญ

ปัญหาที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Jalowiec ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 2 ด้าน ได้แก่ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีการใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์แต่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่า

จากการศึกษาของวิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 170 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีอายุเฉลี่ย 50.65 ปี กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก โดยมีค่าเฉลี่ยของความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 89.53 ใช้แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ดัดแปลงจากแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9) ประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 (S.D. = 3.45) และพบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$)

จากการศึกษาของ Gillen (2006) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในสัปดาห์แรก จำนวน 16 คน ใช้แบบประเมินการจัดการความเครียดฉบับย่อ (Brief COPE) พัฒนาขึ้นโดย Carver (1997) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ประเมินการจัดการความเครียด 14 วิธี วิธีละ 2 ข้อ เป็นมาตรวัด 4 ระดับ และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlations) ผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี โดยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการปฏิเสธ และการตำหนิตนเองบ่อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าภาวะซึมเศร้ามียังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบระบาย ($r = .624, p < .01$), การตำหนิตนเอง ($r = .531, p < .05$) และการปฏิเสธ ($r = .517, p < .05$)

การศึกษาของ van Mierlo และคณะ (2015) ทำการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 เดือน จากโรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน, มีอายุเฉลี่ย 66.9 ± 12.3 ปี, เป็นเพศหญิงร้อยละ 36 และ

ร้อยละ 93 เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด Proactive Coping Competence List (UPCC) และ passive reaction pattern subscale of the Utrecht Coping List และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ใช้สถิติ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.5 และการเผชิญความเครียดแบบ passive coping สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .17, p \leq .001$)

การศึกษาของ Vollman, LaMontagne, และ Hepworth (2007) ทำการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจำนวน 75 คน, มีอายุเฉลี่ย 54.6 ± 13.1 ปี, เป็นเพศชายร้อยละ 69 ใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด Ways of Coping Questionnaire (WCQ) ประกอบด้วยคำถาม 66 ข้อ และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ใช้สถิติ Pearson correlation analysis และ Multiple linear regression analysis ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการวางแผนการแก้ปัญหา (planful problem solving) ($r = -.27, P = .02$) และการค้นหาการสนับสนุนทางสังคม (social support seeking) ($r = -.23, P = .04$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง ในขณะที่บุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง (escape avoidance coping) ($r = .45, P < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบการวางแผนการแก้ปัญหา ($\beta = -.28, p < .01$) และการละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง ($\beta = .38, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 2 เดือนหลังจากป่วย และในสัปดาห์แรกที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพยังขาดการศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวมช่วงระยะเวลาอื่นๆ และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.5 สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบมากที่สุดโรคหนึ่ง และเป็นโรคเรื้อรัง สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งการเจ็บป่วย

ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการปรับตัว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายถึงปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดที่จะส่งผลต่อการปรับตัว ว่ามีการปรับตัวดีหรือไม่อย่างไร ผลของการปรับตัวในทางลบก็คือ ภาวะซึมเศร้า การศึกษาปัจจัยที่กล่าวมาที่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบท และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทยร่วมกับไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวร่วมกันในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถพบได้บ่อย เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นจะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อนผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อหาแนวทางป้องกัน และลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และนำมาพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

3.1 ลักษณะประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอัมพาต และติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายใน 3 เดือน
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และมีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบ GPCOG (The General Practitioner Assessment of Cognition) มีคะแนน 9 คะแนน

4. อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ สามี และ/หรือ ภรรยา บุตร หลาน บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ
5. มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และโรคซึมเศร้า
2. มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง และโรคไตวายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นต้น
3. ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ ระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลง
4. ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium effect size) คือ .13 (Polit & Beck, 2008) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 130 คน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 130 คนโดยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก และมีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด 175 คน แต่ไม่ผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจโดยแบบประเมิน GPCOG จำนวน 33 คน เหลือจำนวน 142 คน และติดตามกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัด พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตามนัดจำนวน 9 คน และแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 คน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน

3.2 แหล่งเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบผู้ป่วยครั้งแรกที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยอัมพาต และติดตามผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จังหวัด

กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คลินิกโรกระบบประสาททำการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันอังคาร เวลา 13.00 - 15.00 น. ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 09.00 - 12.00 น.

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม และแบบประเมิน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GPCOG)

เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจที่พัฒนาโดย Brodaty และคณะ (2002) พบว่ามีความไว และความจำเพาะร้อยละ 85 และ 86 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย) ของจิรนนท์ กริฟฟิธส์ (2558) ประกอบด้วยส่วนที่ประเมินผู้ป่วยมี 9 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ วันเวลา ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ วาดรูปหน้าปัดนาฬิกา ใช้เวลารวมประมาณ 4 นาที เกณฑ์การให้คะแนน คือรวมคะแนนที่ถูกต้องตั้งแต่ข้อ 2 - 6 สำหรับค่ากำหนดเกณฑ์ปกติของคะแนนรวมของการทดสอบนี้ถือว่าต้องได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน ถือว่าความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีจำนวนข้อทั้งหมด 136 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และให้ตอบเอง ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน ผู้ดูแล สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประวัติความเจ็บป่วยประกอบด้วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) การรักษาด้วยยา

ละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยแบบประเมิน Barthel ADL Index (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ มีคะแนนรวม 0-100 คะแนน ดังนี้ 0-20 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย, 25-45 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย, 50-70 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง, 75-90 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก และ 100 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg's Self - Esteem Scale: RSE)

เป็นแบบสอบถามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง ความรู้สึกดีต่อตนเอง การรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีประโยชน์ การนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ที่แปลโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7) และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ (ได้แก่ข้อ 3, 5, 8, 9, 10) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ ดังนี้ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นมาก่อนเลย ให้ 1 คะแนน, มีความรู้สึกเช่นนั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน, มีความรู้สึกเช่นนั้นเกิดขึ้นบ่อยๆ ให้ 3 คะแนน จนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา ให้ 4 คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน มีค่าคะแนนรวม 10 - 40 คะแนน คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง การแปลผลคะแนนตามการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วรทัย ทัดหล่อ, ภาวนา กิริยุดวงษ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2555) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (10 - 20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21 - 30 คะแนน) และระดับสูง (31 - 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน การที่สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆ สร้างโดย อัญชลี ฐิตะประ (2536) โดยใช้แนวคิดของ Friedman (1981) และแนวคิดของ Morrow และ Wilson (1961) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 มีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือด้านความรัก 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 1 - 6), ด้านความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน 8 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 7 - 14), ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 15 - 18), ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน 7 ข้อ

(ได้แก่ ข้อ 19 - 25) และด้านการปรองดองเป็นหนึ่งอันเดียวกัน 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 26 - 29) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ โดยข้อความนั้นไม่เป็นจริงให้ 1 คะแนน จนถึงข้อความนั้นเป็นจริงมากให้ 4 คะแนน ดังนี้

จริงมากที่สุด	แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
จริงเป็นส่วนมาก	แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากแต่ไม่ทั้งหมด
จริงบ้างเล็กน้อย	แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกเพียง 1 คำตอบ การให้คะแนนจะพิจารณาจากคำตอบคือข้อความที่มีความหมายทางบวก จริงมากที่สุด ให้ 4 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบ (ได้แก่ข้อ 9, 10, 11, 14) จะกลับคะแนน คือ จริงมากที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 - 116 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดี แต่ถ้าได้คะแนนน้อย แสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การแปลผลคะแนนตามการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วรทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริติยวงศ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2555) แบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (29 - 58 คะแนน) ระดับปานกลาง (59 - 88 คะแนน) และระดับดี (89 - 116 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS)

เป็นแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัณย์ ตุ่นทอง (2554) โดยใช้กระบวนการแปล และย้อนกลับ (Double Back Translation) โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในภาษาไทย และภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี และไม่คุ้นเคยกับแบบสอบถามนี้มาก่อน มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 15, 16) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 5 - 25, ด้านที่ 2 ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย จำนวน 8 ข้อ

(ได้แก่ ข้อ 3, 8, 9, 10, 12, 17, 18, 21) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 8 - 40, ด้านที่ 3 ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำทนาย จำนวน 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 1, 2, 11, 13, 20, 22) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 6 - 30 และด้านที่ 4 ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จำนวน 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 5, 14, 19, 23) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 4 - 20 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน, ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน, ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน, เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลผลโดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 5 แล้วนำมาเปรียบเทียบกันแต่ละด้าน คะแนนเฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่าผู้ป่วยใช้การประเมินสถานการณ์ด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS)

เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการเผชิญความเครียด ที่พัฒนาโดย Jalowiec (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปรานี มิ่งขวัญ (2540) ซึ่ง Jalowiec ได้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ในปี ค.ศ. 1988 ได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 34) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 13 - 65 คะแนน, การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 1, 6, 9, 12, 13, 19, 21, 23, 24) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 9 - 45 คะแนน และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35, 36) มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 14 - 70 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	ได้ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆ ครั้ง (ประมาณ 1 ใน 3 ครั้งในหนึ่งเดือน)	ได้ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง (ประมาณ 1 - 2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์)	ได้ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง (ประมาณ 3 - 4 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์)	ได้ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน

เนื่องจากในแต่ละด้านของวิธีการเผชิญความเครียดมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจริงของวิธีการเผชิญความเครียดรายด้านได้ ดังนั้นการแปลผลคะแนนจึงใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) โดยการรวมคะแนนในแต่ละ

ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน จะได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน นำค่าคะแนนสัมพัทธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกัน คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมากกว่าแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987)

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

เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งพัฒนา และปรับปรุงโดย Radloff (1977) สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าของบุคคลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) ได้มีการพัฒนาเพื่อหาค่าคะแนนมาตรฐานที่เหมาะสมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดยวิไล คุปต์นิริติชัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากให้ค่าความไวได้สูงที่สุด โดยที่มีค่าความจำเพาะสูง คือเท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. ความรู้สึกด้านซึมเศร้า | จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18 |
| 2. ความรู้สึกด้านดี | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 16 |
| 3. อาการทางกาย | จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20 |
| 4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล | จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 19 |

มีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ (ได้แก่ข้อ 4, 8, 12, 16) ข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ (ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แบ่งเป็น 4 อันดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยผู้ตอบจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก ดังต่อไปนี้

การวัดภาวะซึมเศร้า	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
ไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์)	3	0
นานๆ ครั้ง (1 - 2 วันในหนึ่งสัปดาห์)	2	1
เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 - 4 วันในหนึ่งสัปดาห์)	1	2
บ่อยครั้ง (5 - 7 วันในหนึ่งสัปดาห์)	0	3

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง, แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว, แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ไปตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบประสาท และด้านจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน
2. นักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน
4. อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน
5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008)

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เป็นการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณาทีละข้อคำถามว่าสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหาหรือไม่ แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ซึ่งค่า CVI ที่ดีควรมีค่า $> .80$ (Polit & Beck, 2008)

การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อคำถามแต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประเมิน ค่า 4 ระดับ คือ ไม่สอดคล้อง ให้ 1 คะแนน, สอดคล้องน้อย ให้ 2 คะแนน, สอดคล้อง

ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน และสอคล้องมาก ให้ 4 คะแนน เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนมา ให้นับจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3 - 4 คะแนน เท่านั้น มาคำนวณหาค่า CVI ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยนำคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือให้เหมาะสม และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้ดังนี้

- | | |
|--|--------|
| 1. แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง | = 0.90 |
| 2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว | = 0.86 |
| 3. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ | = 0.82 |
| 4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด | = 0.83 |

สำหรับแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน และใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้นมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยยอมรับที่ .70 ขึ้นไป (ยุทธ ไกยวรรณ, 2553) เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการศึกษาได้ดังนี้

- | | |
|---|--------|
| 1. แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง | = 0.81 |
| 2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว | = 0.96 |

3. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3.1 เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต	= 0.72
3.2 เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย	= 0.82
3.3 เป็นสิ่งที่ทำทนาย	= 0.70
3.4 เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	= 0.66

4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

4.1 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	= 0.82
4.2 ด้านการจัดการกับอารมณ์	= 0.76
4.3 ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	= 0.63

5. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า = 0.83

3.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. หลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และขอความช่วยเหลือเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบผู้ป่วยครั้งแรกที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit) และหอผู้ป่วยอัมพาตก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ในวันอังคาร เวลา 13.00 - 15.00 น. ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 09.00 - 12.00 น. โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม

โครงการวิจัย พยาบาลจะแนะนำผู้ป่วยให้กับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวกับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.2 เมื่อผู้ป่วยสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการคัดกรองการรับรู้ (Cognitive function) ก่อน โดยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GPCOG ผลการคัดกรองต้องแปลผลเป็นปกติคือมีคะแนน 9 คะแนน จึงสามารถเข้าร่วมการวิจัย

4.3 เมื่อผลการคัดกรองการรับรู้ปกติ และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเขียนชื่อตนเองได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทน

4.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะให้ทำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าอีกครั้งในวันที่มาตรวจตามนัด และเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน NIHSS การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด และถ้าระหว่างที่ตอบแบบสอบถามอยู่แล้วกลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง มีอาการอ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์หรือทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รายงานพยาบาลและแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายนั้นทันที และติดตามอาการผู้ป่วยถ้าหากมีอาการดีขึ้นและคงที่แล้ว พร้อมทั้งจะให้ข้อมูล และสนใจกลับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลต่อ

4.5 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช ก่อนที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแจ้งให้พยาบาลทราบก่อนทุกครั้ง โดยเก็บข้อมูลก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ และหลังจากที่พบแพทย์เสร็จแล้ว และจัดเตรียมสถานที่เพื่อให้มี

ความเป็นส่วนตัว มีโอกาสถ่ายเทสะดวก และมีแสงสว่างเพียงพอ โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงลำดับที่ในการเข้าพบแพทย์ และเมื่อถึงลำดับของกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าห้องตรวจทันที เพื่อจัดความกังวลในการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนจึงจะลงมือทำ โดยมีผู้วิจัยอยู่ข้างๆ คอยให้ข้อมูลเมื่อต้องการ ในการเก็บข้อมูลใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที หากถึงเวลาที่ห้องตรวจ กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการตรวจก่อน หลังจากนั้นเมื่อได้รับการตรวจเสร็จจึงกลับมาทำแบบสอบถามต่อ และถ้าระหว่างที่ตอบแบบสอบถามอยู่แล้วกลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง มีอาการอ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้น ปากเขียว พุดไม่ชัด เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์หรือทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รายงานพยาบาลและแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายนั้นทันที หรือถ้าต้องการยุติการทำแบบสอบถามสามารถทำได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การยุติไม่มีผลกระทบในการตรวจรักษา โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุดตามลำดับดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

ชุดที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

4.6 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด ถ้าไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนครบถ้วนตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5. หากผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคือมีคะแนน CESD มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ผู้วิจัยแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้คำนึงถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน และวางขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และการรักษาความลับของผู้ป่วย ดังนี้ ก่อนดำเนินการวิจัยได้ผ่านขั้นตอนการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และเมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงจากการทำวิจัย เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาเท่านั้น เพราะฉะนั้นจึงไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรง และเป็นอันตราย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อ และนามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และในการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล ซึ่งจะได้รับการรักษาตามปกติ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามข้อมูลที่สงสัยได้จากผู้วิจัยโดยตรง และตลอดเวลา หลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองแล้ว ผู้ป่วยแสดงเจตนาให้ความยินยอมโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบจะถูกเก็บไว้ 5 ปี ก่อนจะนำไปทำลายทิ้ง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาความแตกต่างทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 โดยขั้นตอนในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

3. เลือกตัวแปรเพื่อนำมาเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอย โดยการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) คือข้อมูลของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก จะมีเงื่อนไขน้อยกว่าการวิเคราะห์ความถดถอยแบบปกติ แต่อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกก็ยังมีเงื่อนไขหลายข้อ ดังนี้ (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2548; ยุทธ ไกยวรรณ, 2556)

1. ตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรทำนาย อาจจะเป็นข้อมูลชนิด Dichotomous (มีได้ 2 ค่า) หรือเป็นสเกลอันตรภาค (Interval Scale) และสเกลอัตราส่วน (Ratio Scale) ก็ได้

2. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ทั้งนี้จะใช้เกณฑ์ความสัมพันธ์เหมือนกับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยใช้เกณฑ์ของ Stevens (1996) ใช้ค่า r ไม่เกิน .80

3. ทดสอบความถูกต้อง เหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก (Goodness of fit) โดย Hosmer and Lemeshow Test โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Chi-square ถ้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า model มีความเหมาะสมดี

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) หอผู้ป่วยอัมพาต และมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

ส่วนที่ 4 คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.2 เป็นเพศชาย มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.04 ปี (S.D. = 13.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.9 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.2 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.3 จำนวนเกือบครึ่งไม่ได้ทำงานและเป็นข้าราชการเกษียณอายุ คิดเป็นร้อยละ 46.9 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 45.4 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากกว่าครึ่งคือเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4 คน (S.D. = 2.25) บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลักมากกว่าครึ่งคือสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 53.1 สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือบ้าน คิดเป็นร้อยละ 99.2 และส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 60.8 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	69.2
หญิง	40	30.8
อายุ (ปี)		
20-30	1	0.8
31-40	9	6.9
41-50	13	10.0
51-60	34	26.2
61-70	40	30.8
71-80	28	21.5
> 80	5	3.8
(Min = 20, Max = 88, Mean = 62.04, S.D. = 13.01)		
สถานภาพสมรส		
โสด	11	8.5

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส (ต่อ)		
คู่	100	76.9
หม้าย	13	10.0
แยกกันอยู่	4	3.1
หย่าร้าง	2	1.5
ศาสนา		
พุทธ	129	99.2
อิสลาม	1	0.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.5
ประถมศึกษา	38	29.2
มัธยมศึกษา	34	26.2
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร	23	17.7
ปริญญาตรี	24	18.5
ปริญญาโทและมากกว่า	9	6.9
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	39	30.0
รับจ้าง	20	15.4
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	23	17.7
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	20	15.4
ข้าราชการเกษียณอายุ	22	16.9
เกษตรกร	6	4.6
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เพียงพอ	15	11.5
เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ	56	43.1
เพียงพอ และเหลือเก็บ	59	45.4

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล		
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	71	54.6
ประกันสังคม	8	6.2
ประกันชีวิต	4	3.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	38	29.2
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	9	6.9
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	93	71.5
สมาชิกในครอบครัว	37	28.5
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน		
2-5 คน	101	77.7
> 5 คน	29	22.3
(Min = 2, Max = 12, Mean = 4.25, S.D. = 2.25)		
บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก		
สามี / ภรรยา	69	53.1
บิดา / มารดา	5	3.8
บุตร	45	34.6
พี่ / น้อง	10	7.7
อื่นๆ ได้แก่ คนดูแลรับจ้าง	1	0.8
สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาล		
บ้าน	129	99.2
ศูนย์ดูแลผู้ป่วย (Nursing home)	1	0.8
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
มี	79	60.8
ไม่มี	51	39.2

1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ครั้งนี้มีตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองด้านขวาคิดเป็นร้อยละ 50.8 และมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเรกรับ และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 61.5 และร้อยละ 88.5 ตามลำดับ (Corso et al., 2014) โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เรกรับ และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 คะแนน (S.D. = 4.21) และ 1.17 คะแนน (S.D. = 1.55) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 93.8 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม พบว่า โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ คิดเป็นร้อยละ 82.3 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เกิน 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 วัน (S.D. = 7.25) ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.9 มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 30.18 วัน (S.D. = 16.47) ส่วนใหญ่การรักษาที่ได้รับ คือรับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 66.9 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.7 และกลุ่มตัวอย่างสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.1 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง		
ด้านขวา	66	50.8
ด้านซ้าย	42	32.4
ก้านสมอง	12	9.2
ทั้งสองด้าน	5	3.8
ไม่พบ	5	3.8
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง		
ซีกซ้าย	67	51.5
ซีกขวา	41	31.6
ทั้งสองด้าน	2	1.5
ไม่มี	20	15.4

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) แรกรับ		
ระดับน้อย (0-4 คะแนน)	80	61.5
ระดับปานกลาง (5-15 คะแนน)	44	33.9
ระดับรุนแรง (16 คะแนนขึ้นไป)	6	4.6
(Min = 0, Max = 17, Mean = 4.47, S.D. = 4.21)		
ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
ระดับน้อย (0-4 คะแนน)	115	88.5
ระดับปานกลาง (5-15 คะแนน)	6	4.6
ไม่มีข้อมูล	9	6.9
(Min = 0, Max = 7, Mean = 1.17, S.D. = 1.55)		
โรคร่วม		
มี	122	93.8
ไม่มี	8	6.2
จำแนกเป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองดังนี้*		
ความดันโลหิตสูง	96	73.8
ไขมันในเลือดสูง	81	62.3
เบาหวาน	53	40.8
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	14	10.8
หลอดเลือดหัวใจ	7	5.4
การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ		
ได้รับ	23	17.7
ไม่ได้รับ	107	82.3
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล		
1-7 วัน	91	70.0
8-14 วัน	24	18.5
15-21 วัน	6	4.6
22-28 วัน	5	3.9
29-35 วัน	2	1.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (ต่อ)		
36-39 วัน	2	1.5
(Min = 2, Max = 39, Mean = 8.45, S.D. = 7.25)		
ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัด		
1-15 วัน	18	13.9
16-30 วัน	65	50.0
31-45 วัน	29	22.3
46-60 วัน	9	6.9
61-75 วัน	5	3.8
76-87 วัน	4	3.1
(Min = 8, Max = 87, Mean = 30.18, S.D. = 16.47)		
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
รับประทานยา	43	33.1
รับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัด	87	66.9
ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล		
มี ได้แก่ มีไข้ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	42	32.3
ไม่มี	88	67.7
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย	2	1.5
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	3	2.3
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	8	6.2
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	35	26.9
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	82	63.1
ทั้งหมด		

* หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.5) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 23-40 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน) มีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 36.46 (S.D. = 4.01) และส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 93.8) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 60-116 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 29-116 คะแนน) มีค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 (S.D. = 10.70) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

การแปลผล	ช่วงคะแนน		จำนวนคน (ร้อยละ)
	เกณฑ์ในการแปล	คะแนน	
	ผลคะแนน	ของกลุ่มตัวอย่าง	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			
ระดับต่ำ	10-20	-	-
ระดับปานกลาง	21-30	23-29	11 (8.5)
ระดับสูง	31-40	31-40	119 (91.5)
(Min = 23, Max = 40, Mean = 36.46, S.D. = 4.01)			
สัมพันธภาพในครอบครัว			
ระดับไม่ดี	29-58	-	-
ระดับปานกลาง	59-88	60-88	8 (6.2)
ระดับดี	89-116	89-116	122 (93.8)
(Min = 60, Max = 116, Mean = 108.58, S.D. = 10.70)			

2.2 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาตามคะแนนเฉลี่ยรายด้านของแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้วยคะแนนจริง พบว่าการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำทรมามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 25.28, S.D. = 3.31) รองลงมาคือ การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Mean = 15.94, S.D. = 5.94) และการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Mean = 14.95, S.D. = 3.40) ตามลำดับ ดังตารางในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	คะแนน ของแบบ สอบถาม	คะแนน ของกลุ่ม ตัวอย่าง		
เป็นสิ่งที่คุกคาม (5 ข้อ)	5-25	5-19	9.98	3.81
เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (8 ข้อ)	8-40	8-33	15.94	5.94
เป็นสิ่งที่ทำทรมามาก (6 ข้อ)	6-30	15-30	25.28	3.31
เป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (4 ข้อ)	4-20	7-20	14.95	3.40

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำทรมามากที่สุด จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ เป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 เป็นสิ่งที่ทำทรมามากและเป็นผลดีต่อตนหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 เป็นสิ่งที่คุกคาม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านที่มีคะแนนที่สูงสุด (N = 130)

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

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนคำถามทั้งหมด 23 ข้อ พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉัน (Mean = 2.53, S.D. = 1.25) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวสำหรับฉัน (Mean = 2.29, S.D. = 1.33) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ฉันต้องการจะทำได้ (Mean = 2.66, S.D. = 1.29) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันต้องยุติการทำหน้าที่หรือกิจกรรมหลายอย่างในชีวิต (Mean = 2.57, S.D. = 1.35) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการท้าทาย ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น (Mean = 4.43, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อจะเอาชนะกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 4.42, S.D. = 0.71) และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ฉันไม่ได้รู้สึกสูญเสียใดๆ จากภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 4.01, S.D. = 1.11) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้ส่งผลอะไรต่อตัวฉัน (Mean = 3.75, S.D. = 1.13) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ เรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย 3 ลำดับแรก (N=130)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม				
ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉัน	1-5	1-5	2.53	1.25
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวสำหรับฉัน	1-5	1-5	2.29	1.33
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเกิดความสูญเสียมากมาย	1-5	1-5	1.91	1.02
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย				
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ฉันต้องการจะทำได้	1-5	1-5	2.66	1.29
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันต้องยุติการทำหน้าที่หรือกิจกรรมหลายอย่างในชีวิต	1-5	1-5	2.57	1.35
ฉันรู้สึกเจ็บปวดใจกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	1-5	1-5	2.08	1.28
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการท้าทาย				
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น	1-5	1-5	4.43	0.78
มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อจะเอาชนะกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	1-5	1-5	4.42	0.71
ฉันสามารถต่อสู้กับภาวะสุขภาพในปัจจุบันแม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่ยาก	1-5	1-5	4.38	0.77
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง				
ฉันไม่ได้รู้สึกสูญเสียใดๆ จากภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	1-5	1-5	4.01	1.11
ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวฉัน	1-5	1-5	3.75	1.13
ฉันไม่คิดมากเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	1-5	1-5	3.64	1.28

2.3 วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาตามคะแนนเฉลี่ยรายด้านของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดด้วยคะแนนจริง พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 42.93, S.D. = 7.73) รองลงมาคือ วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Mean = 41.52, S.D. = 6.29) และวิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ (Mean = 15.34, S.D. = 4.69) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการเผชิญความเครียดรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

วิธีการเผชิญความเครียด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนของแบบสอบถาม	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง		
การเผชิญหน้ากับปัญหา (13 ข้อ)	13-65	21-65	42.93	7.73
การจัดการกับอารมณ์ (9 ข้อ)	9-45	9-37	15.34	4.69
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (14 ข้อ)	14-70	27-61	41.52	6.29

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้แต่ละด้าน โดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ซึ่งบอกสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 และการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านที่มีคะแนนที่สูงสุด (N = 130)

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

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งมีจำนวนคำถามทั้งหมด 36 ข้อ พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน และทุกแง่มุม (Mean = 3.85, S.D. = 0.92) รองลงมาคือ พยายามค้นหาเป้าหมาย หรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Mean = 3.75, S.D. = 0.92) วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือ เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ (Mean = 2.69, S.D. = 1.08) รองลงมาคือ กังวลใจ (Mean = 2.19, S.D. = 0.92) วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือ หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น (Mean = 4.08, S.D. = 0.80) รองลงมาคือ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (Mean = 4.07, S.D. = 0.90) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ เรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย 3 ลำดับแรก (N= 130)

วิธีการเผชิญความเครียด	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา				
พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน และทุกแง่มุม	1-5	1-5	3.85	0.92
พยายามค้นหาเป้าหมาย หรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	1-5	1-5	3.75	0.92
กำหนดเป้าหมายให้เจาะจง ชัดเจน เพื่อแก้ ปัญหา	1-5	1-5	3.55	1.09

ตารางที่ 4.9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ เรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย 3 ลำดับแรก (N=130) (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	คะแนน ที่เป็น ไปได้	คะแนน ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ค่า เฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน
วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์				
เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้	1-5	1-5	2.69	1.08
กังวลใจ	1-5	1-5	2.19	0.92
กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	1-5	1-5	2.00	1.03
วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม				
หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น	1-5	1-5	4.08	0.80
ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	1-5	1-5	4.07	0.90
บอกตนเองว่าไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	1-5	1-5	4.04	0.98

2.4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งหมดสองรอบ ได้ผลดังนี้ การประเมินครั้งแรก คือ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 10.07 (S.D. = 7.60) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 93.1 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.9 และการประเมินครั้งที่สอง คือ วันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 9.30 (S.D. = 7.44) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 89.2 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.8 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าครั้งแรกมากกว่าครั้งที่สองเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

การแปลผล	เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน (ร้อยละ)
การประเมินครั้งแรก			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-18	0-18	121 (93.1)
มีภาวะซึมเศร้า	19-60	19-48	9 (6.9)
(Min = 0, Max = 48, Mean = 10.07, S.D. = 7.60)			
การประเมินครั้งที่สอง			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-18	0-18	116 (89.2)
มีภาวะซึมเศร้า	19-60	19-35	14 (10.8)
(Min = 0, Max = 35, Mean = 9.30, S.D. = 7.44)			

เมื่อพิจารณาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 ไม่ได้ทำงานและเกษียณ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 มีโรครวมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่งพยาบาลในสมองด้านขวา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 15 วัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 92.9 ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ณ วันมา
ตรวจตามนัด จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย (N=130)

ข้อมูล	ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง		รวม	p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(N=14) จำนวนคน (ร้อยละ)	(N=116) จำนวนคน (ร้อยละ)		
เพศ				.157
ชาย	12 (85.7)	78 (67.2)	90	
หญิง	2 (14.3)	38 (32.8)	40	
สถานภาพสมรส				.143
โสด	1 (7.1)	10 (8.6)	11	
คู่	10 (71.4)	90 (77.6)	100	
หม้าย	1 (7.2)	12 (10.4)	13	
แยกกันอยู่	2 (14.3)	2 (1.7)	4	
หย่าร้าง	0 (0)	2 (1.7)	2	
สถานภาพในครอบครัว				.537
หัวหน้าครอบครัว	11 (78.6)	82 (70.7)	93	
สมาชิกในครอบครัว	3 (21.4)	34 (29.3)	37	
อาชีพ				.332
ไม่ได้ทำงาน/เกษียณ	8 (57.2)	53 (45.7)	61	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (21.4)	17 (14.7)	20	
รับจ้าง	3 (21.4)	17 (14.7)	20	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0 (0)	23 (19.8)	23	
เกษตรกร	0 (0)	6 (5.1)	6	
โรคร่วม				.310
มี	14 (100)	108 (93.1)	122	
ไม่มี	0 (0)	8 (6.9)	8	
ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง				.506
ด้านขวา	8 (57.1)	58 (50)	66	
ด้านซ้าย	6 (42.9)	36 (31)	42	

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ณ วันมาตรวจตามนัด จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย (N=130) (ต่อ)

ข้อมูล	ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง		รวม	p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(N=14)	(N=116)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง (ต่อ)				
ทั้งสองด้าน	0 (0)	5 (4.3)	5	
ก้านสมอง	0 (0)	12 (10.4)	12	
ไม่พบ	0 (0)	5 (4.3)	5	
ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง				
ซีกซ้าย	8 (57.1)	59 (50.9)	67	.942
ซีกขวา	4 (28.6)	37 (31.9)	41	
ทั้งสองด้าน	0 (0)	2 (1.7)	2	
ไม่มี	2 (14.3)	18 (15.5)	20	
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
ไม่สามารถทำได้เองเลย	0 (0)	2 (1.7)	2	.017*
สามารถทำได้เองเล็กน้อย	2 (14.3)	1 (0.9)	3	
สามารถทำได้เองปานกลาง	0 (0)	8 (6.9)	8	
สามารถทำได้เองมาก	2 (14.3)	33 (28.4)	35	
สามารถทำได้เองทั้งหมด	10 (71.4)	72 (62.1)	82	
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล				
1-15 วัน	13 (92.9)	102 (87.9)	115	.760
16-30 วัน	1 (7.1)	10 (8.6)	11	
31-39 วัน	0 (0)	4 (3.5)	4	
ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัด				
1-15 วัน	2 (14.3)	16 (13.8)	18	.746
16-30 วัน	8 (57.2)	57 (49.1)	65	
31-45 วัน	3 (21.4)	26 (22.4)	29	

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ณ วันมาตรวจตามนัด จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย (N=130) (ต่อ)

ข้อมูล	ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง		รวม	p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	(N=14)	(N=116)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัด (ต่อ)				
46-60 วัน	0 (0)	9 (7.8)	9	
61-75 วัน	0 (0)	5 (4.3)	5	
76-87 วัน	1 (7.1)	3 (2.6)	4	

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.547$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.407$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำหาย ($r = -.447$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ตนเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($r = -.318$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = -.178$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม ($r = .460$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ($r = .505$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ($r = .393$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .030, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)
ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมิน
สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม
ตัวอย่าง (N = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	5
1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.00									
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	.495**	1.00								
3. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ										
3.1 ลูกถาม	-.402**	-.222*	1.00							
3.2 อันตรายหรือสูญเสีย	-.477**	-.256**	.777**	1.00						
3.3 ทำหาย	.480**	.494**	-.499**	-.563**	1.00					
3.4 เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	.327**	.256**	-.542**	-.510**	.556**	1.00				
4. วิธีการเผชิญความเครียด										
4.1 เผชิญหน้ากับปัญหา	-.048 ^{ns}	.019 ^{ns}	-.095 ^{ns}	-.120 ^{ns}	.194*	.114 ^{ns}	1.00			
4.2 จัดการกับอารมณ์	-.495**	-.452**	.360**	.408**	-.327**	-.202*	.230**	1.00		
4.3 จัดการกับปัญหาทางอ้อม	-.062 ^{ns}	.006 ^{ns}	-.043 ^{ns}	.001 ^{ns}	.133 ^{ns}	.040 ^{ns}	.388**	.183*	1.00	
5. ภาวะซึมเศร้า	-.547**	-.407**	.460**	.505**	-.447**	-.318**	-.178*	.393**	.030 ^{ns}	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

จากการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรอิสระทั้ง 9 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการลูกถาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งทำหาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบจัดการกับอารมณ์

และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงไม่ได้นำมาเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอย ดังนั้นตัวแปรที่มีคะแนนแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่จะนำเข้าวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 แสดงผลการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (N = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	มีภาวะซึมเศร้า N = 14		ไม่มีภาวะซึมเศร้า N = 116		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง	30.50	5.23	37.18	3.18	-4.605	.000*
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	96.36	15.15	110.06	9.07	-3.951	.000*
3. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ						
3.1 คุกคาม	13.00	4.28	9.62	3.60	-2.858	.004*
3.2 อันตรายหรือสูญเสีย	21.07	6.23	15.32	5.62	-3.154	.002*
3.3 ท้าทาย	22.86	3.13	25.57	3.22	-2.934	.003*
3.4 เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	12.71	3.85	15.22	3.26	-2.349	.019*
4. วิธีการเผชิญความเครียด						
4.1 เผชิญหน้ากับปัญหา	41.93	8.31	43.05	7.69	-.481	.630
4.2 จัดการกับอารมณ์	21.50	6.06	14.59	3.91	-4.495	.000*
4.3 จัดการกับปัญหาทางอ้อม	44.79	7.01	41.13	6.11	-1.644	.100

* $p < .05$

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) โดยตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ท้าทาย เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 49.4 (Nagelkerke $R^2 = .494$) และทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 92.3 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ($OR = .827, 95\%CI = .698 - .980, p < .05$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ พบว่าเมื่อมีคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.205 เท่าของผู้ที่มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์น้อย ($OR = 1.205, 95\%CI = 1.020 - 1.424, p < .05$) สำหรับตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) (N = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95%CI
1. ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง	-.190	.086	4.817	1	.028*	.827	.698 - .980
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.027	.030	.783	1	.376	.974	.918 - 1.033
3. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ							
3.1 ลูกคาม	-.065	.167	.154	1	.695	.937	.676 - 1.299
3.2 อันตรายหรือสูญเสีย	.035	.106	.106	1	.745	1.035	.840 - 1.275
3.3 ทำหาย	-.033	.134	.062	1	.803	.967	.744 - 1.257
3.4 เป็นผลดีหรือไม่	-.172	.143	1.448	1	.229	.842	.637 - 1.114
เกี่ยวข้องกับตนเอง							
4. วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์	.187	.085	4.801	1	.028*	1.205	1.020 - 1.424
ค่าคงที่	7.140	4.894	2.128	1	.145	1261.976	-

* $p < .05$, Hosmer and Lemeshow Test $p = .765$, Cox & Snell $R^2 = .245$, Nagelkerke $R^2 = .494$, Predictive Correct = 92.3 %

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ได้แก่ ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 130 ราย ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการศึกษาวิจัยตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษา และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 เป็นเพศชาย มากกว่าครึ่งเล็กน้อยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.04 ปี (S.D. = 13.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nidhinandana และคณะ (2010) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 101 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบเพศชายร้อยละ 68.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.69 ปี (S.D.=2.34) เช่นเดียวกับการศึกษาในชาวจีนของ Zhang และคณะ (2013) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 91 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบเพศชายร้อยละ 63.74 โดยมีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D.=10.4) และการศึกษาของ

Shi และคณะ (2015) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีอาการไม่รุนแรงที่เป็นครั้งแรก จำนวน 757 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 67.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.14 ปี (S.D.=11.56) จากผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในไทย และต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบในเพศชายได้สูงกว่าเพศหญิง และมักเป็นในวัยสูงอายุ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมาก (Kongbunkiat et al., 2015) เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี (Chen, Balami, Esiri, Chen, & Buchan, 2010) ต่างจากการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สินธุ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง จำนวน 168 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.1) มีอายุเฉลี่ย 71.3 ปี (S.D. = 8.5) อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเพศหญิงมักจะมีอายุยืนมากกว่าเพศชาย และในวัยหลังหมดประจำเดือนจะมีการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Haast, Gustafson, & Kilian, 2012) จึงทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นผลการศึกษาก็ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ครั้งนี้ครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองด้านขวาคิดเป็นร้อยละ 50.8 และมีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง และวันกลับอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 61.5 และร้อยละ 88.5 ตามลำดับ (Corso et al., 2014) อาจเนื่องจากเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงหรือมีปัญหา aphasia จึงถูกคัดออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ คิดเป็นร้อยละ 82.3 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 93.8 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม พบว่าโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 73.8 เช่นเดียวกับในหลายการศึกษาที่พบว่าโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (Abubakar, Obiakor, Sabir, Iwuozuo, & Magaji, 2014; Shi et al., 2015; Sun et al., 2014) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (Goldstein et al., 2011; O'Donnell et al., 2010) และพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี (Chen, et al., 2010) จึงพบว่าโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 วัน (S.D. = 7.25) ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัด มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 30.18 วัน (S.D. = 16.47) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อย และบางรายมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงไม่นาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทน้อย และจะมีการทำงานของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก (Gajurel et al., 2014) อย่างไรก็ตามการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคือการรักษาด้วยการรับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 66.9 เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 36.46 คะแนน (S.D. = 4.01) จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 10 - 40 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Vickery, Sepehri, และ Evans (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ร้อยละ 25 ผลการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพอาจบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง มีความพิการที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ และการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นแล้วเป็นอีก รู้สึกเป็นภาระ คุณค่าในตนเองจึงลดลง ซึ่งต่างจากการศึกษาในครั้งนี้เพราะว่าศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อย และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง (ร้อยละ 63.1) ซึ่งระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ต้องพึ่งพาส่งผลอย่างมากต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมี

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (Shida, Sugawara, Goto, & Sekito, 2014) รวมถึงในการศึกษาครั้งนี้ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 30.18 วัน (S.D. = 16.47) ซึ่งเลยระยะเฉียบพลันแล้ว ผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน มีการปรับตัว และไม่ต้องพึ่งพาใคร จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 (S.D. = 10.70) จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 29 - 116 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้จากการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความผูกพัน เอาใจใส่ดูแลกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระของทุกคนที่ต้องช่วยกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น (จันทนา ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และ สุพัฒนา คำสอน, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4 คน (S.D. = 2.25) บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก เกือบทั้งหมดคือบุคคลในครอบครัว และสถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือ บ้าน ซึ่งโครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่ลูกอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย/ญาติ (จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, และ คุณณี คำมี, 2552) เวลาเจ็บป่วยมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแล เอาใจใส่ จึงอาจทำให้คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับดี

2.3 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำหายนามากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ เป็นสิ่งที่ประหลาดต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 25.4) เป็นสิ่งที่ทำหายนและเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 12.3) เป็นสิ่งที่คุกคาม (ร้อยละ 1.5) และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น (Mean = 4.43, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อจะเอาชนะกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 4.42, S.D. = 0.71) และฉันสามารถต่อสู้กับภาวะ

สุขภาพในปัจจุบันแม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่ยาก (Mean = 4.38, S.D. = 0.77) และข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความสัมพันธ์ของฉันทันกับครอบครัวและเพื่อนๆ แยกมาก (Mean = 1.36, S.D. = 0.72) และภาวะสุขภาพในปัจจุบันจะไม่ดีขึ้นไปกว่านี้ (Mean = 1.56, S.D. = 0.94) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทน้อย และจะมีการทำงานของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก (Gajurel, et al., 2014) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด (ร้อยละ 63.1) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้จึงมีการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ท้าทาย และมองว่าเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าการประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ถูกถาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย

2.4 วิธีการเผชิญความเครียด

ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 69.2) รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 29.2) และการจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น (Mean = 4.08, S.D. = 0.80) รองลงมาคือ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (Mean = 4.07, S.D. = 0.90) และบอกตนเองว่าไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น (Mean = 4.04, S.D. = 0.98) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ดำเนินคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (Mean = 1.25, S.D. = 0.66) และระบายอารมณ์กับคนอื่น หรือสิ่งของ (Mean = 1.28, S.D. = 0.67) ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และ จิตภินันท์ ศรีจักร โครต (2556) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามาก จึงใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มวัยสูงอายุ ที่พบว่าในกลุ่มวัยสูงอายุจะมีแนวโน้มในการเผชิญกับปัญหาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Ouweland, de Ridder, & Bensing, 2008) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

วิธีการเผชิญความเครียดจากผลการศึกษาในคั้งนี้ต่างจากการศึกษาของรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุด (ร้อยละ

ละ 65) รองลงมาคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (ร้อยละ 23) และการจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 12) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคนาน 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งระยะเวลานานจึงอาจทำให้รับรู้ว่าจะมีความพิการที่ไม่สามารถกลับไปเหมือนเดิมได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงได้ กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถใช้วิธีแก้ปัญหาได้โดยตรง จึงมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ซึ่งต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

2.5 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่มาตรวจตามนัด โดยพบเพียงร้อยละ 6.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทน้อย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 63.1) ทำให้การพึ่งพาคนอื่นน้อยลง ซึ่งการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นจะเพิ่มภาวะซึมเศร้าเป็น 5-10 เท่าของผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Lam, Lee, & To, 2010) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือ บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับการดูแล เอาใจใส่จากครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี รวมถึงการมีบทบาททางสังคมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงพบภาวะซึมเศร้าน้อย

ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.7) และเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 78.6) ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมทางสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับเพศชายในฐานะผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก มีความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทเดิม แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมากกว่าครึ่งไม่ได้ทำงานและเกษียณ (ร้อยละ 57.2) เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณ จะมีเวลาที่จะคิดเกี่ยวกับตนเอง มีเวลาในการมองตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกด้อยค่า และมีบทบาทหน้าที่ลดลง เมื่อเจ็บป่วยอาจรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น รู้สึกเป็นภาระ จึงทำ

ให้เกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีโรคร่วม (ร้อยละ 100) เนื่องจากการที่มีโรคร่วมหลายโรคจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เกิน 15 วัน (ร้อยละ 92.9) อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว ทำให้มีเวลาในการปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายหรือซีกขวา (ร้อยละ 85.7) ยังคงมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่บ้างแม้ว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด แต่การที่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่เหมือนเดิมทั้งหมด จึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลที่นานกว่า และระยะเวลาดังแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดไม่เกิน 1 เดือน (ร้อยละ 71.5) ซึ่งเป็นระยะแรกหลังจากเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตซึ่งก็คือการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เป็นครั้งแรกใน 3 เดือนแรก ความรุนแรงของโรคไม่รุนแรงโดยมีคะแนน NIHSS น้อยกว่า 5 คะแนน ของการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาก่อนหน้า ผลการเปรียบเทียบพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน โดยเทียบกับการศึกษาในชาวจีนของ Shi และคณะ (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 ซึ่งการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.8 และส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาในชาวจีนของ Zhang และคณะ (2013) ที่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.59 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าลักษณะครอบครัวชาวเอเชีย ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัวมักจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศอิตาลีของ Altieri และคณะ (2012) ที่แม้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกันแต่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเท่าตัวคือ ร้อยละ 22 ซึ่งอาจเกิดจากบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ต่างกัน ซึ่งลักษณะของครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวขยาย ในยามชรายังมีบุตรหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแล เอาใจใส่ และลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี รูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อาจจะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าต่างกัน นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การคัดเลือกรวมถึงกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน มีการใช้จุดตัดที่ต่างกัน รวมถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้แตกต่างกันได้

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรอิสระทั้ง 9 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่ เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบจัดการกับอารมณ์ และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังนั้นตัวแปรที่มีคะแนนแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่นำเข้าวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่ เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

ผลวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม อันตรายหรือสูญเสีย ท้าทาย และเป็นผลดีหรือไม่ เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 49.4 (Nagelkerke $R^2 = .494$) โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ($OR = .827, 95\%CI = .698 - .980, p < .05$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ พบว่าเมื่อมีคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.205 เท่าของผู้ที่มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์น้อย ($OR = 1.205, 95\%CI = 1.020 - 1.424, p < .05$)

ผลการศึกษครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) บางส่วน โดยพบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด (Coping) สำหรับตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ทำลาย และเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้สามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.547, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ($OR = .827, 95\%CI = .698 - .980, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Fung, Lui, และ Chau (2006) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -.59, P < .01$) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Chau และคณะ (2010) พบว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .58, p < .05$) และเป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสภาวะภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย มีภาวะพึ่งพา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด แต่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ยังคงมีบางส่วนทำได้ไม่เหมือนเดิมทั้งหมด จึงอาจรู้สึกท้อแท้ตนเองเป็นภาระ หงุดหงิดกับตนเอง ผลจากการเจ็บป่วยทางกายจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าครึ่งไม่ได้ทำงานและเกษียณ ผู้ป่วยจึงมีเวลาที่จะคิดเกี่ยวกับตนเอง มีเวลาในการมองตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกด้อยค่า เมื่อรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อรู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง

เพิ่มขึ้น ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งในการศึกษากครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 36.46 คะแนน (S.D. = 4.01) ดังนั้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อมีการเผชิญกับความเครียด ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษากครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .974, 95%CI = .918 - 1.033, $p > .05$) หมายถึง ไม่ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจะมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Sienkiewicz-Jarosz และคณะ (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ($r = -.21, p = .005$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของพัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวัชรณัฐชา, ปริมวิญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเขียร (2556) พบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .386$) สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 (S.D. = 10.70) ซึ่งการที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว และการได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีการปรับตัวที่ดี ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี และทำให้นุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้นุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหา หรือความเครียดที่มากกระทบได้ ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ เกิดความเครียดได้ง่าย และมีความรู้สึกซึมเศร้าได้ (สายพิน ยอดกุล และ จิตกนิษฐ์ ศรีจักรโคตร, 2555) ดังนั้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเนื่องจากในการศึกษากครั้งนี้มีการกระจายตัวของตัวแปรที่น้อย โดยพบว่าไม่มีกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดีเลย ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ

93.8) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยด้วยเช่นกัน จึงอาจทำให้ตัวแปรสัมพันธ์ภาพในกรอบคร่าวไม่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กันก็ตาม

3.3 การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการประเมินสถานการณ์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตราย หรือสูญเสีย เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .937, 95\%CI = .676 - 1.299, p > .05$; $OR = 1.035, 95\%CI = .840 - 1.275, p > .05$; $OR = .967 - 95\%CI = .744 - 1.257, p > .05$ และ $OR = .842, 95\%CI = .637 - 1.114, p > .05$ ตามลำดับ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าการณ์นั้นจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคิดประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการความรู้สึนึกคิดที่บุคคลใช้ในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นการประเมินความสำคัญหรือความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ โดยผู้ป่วยจะประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งก็คือการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นการคุกคาม เป็นสิ่งท้าทาย หรือเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยมีการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การดำรงชีวิต และมีการพยายามช่วยตนเองเพื่อลดภาระการพึ่งพาคนในครอบครัว ผลของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย คือมีการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมการพึ่งพาที่เหมาะสม (วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2550) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย และอยู่ในวัยสูงอายุ มองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ต้องเผชิญ และมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ดังนั้นการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ โดยพบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ Bigatti, Steiner, และ Miller (2012) พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm/loss appraisal) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .36, p = .003$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Aguado Loi และคณะ (2013)

ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งท้าทาย (Challenge appraisal) สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -.28, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคมักมีความแตกต่างกัน ซึ่งการประเมินสถานการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น รวมถึงมีการคุกคามจากโรค และมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จึงอาจทำให้การประเมินสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการท้าทายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.447, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการท้าทายเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการท้าทายเป็นการประเมินที่มองในแง่ดี ทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความตื่นเต้นที่จะเรียนรู้ ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมและจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ท้าทายมากที่สุดคือ ร้อยละ 60 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น (Mean = 4.43, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อจะเอาชนะกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 4.42, S.D. = 0.71) และฉันสามารถต่อสู้กับภาวะสุขภาพในปัจจุบันแม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่ยาก (Mean = 4.38, S.D. = 0.77) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ได้เรียนรู้และพยายามต่อสู้เพื่อที่จะเอาชนะกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.318, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตน ไม่มีผลต่อตน ไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายาม หรือการปรับตัวที่ซับซ้อน การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร้อยละ 25.4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า วิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันไม่ได้รู้สึกสูญเสียใดๆ จากภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 4.01, S.D. = 1.11) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวฉัน (Mean = 3.75, S.D. = 1.13) และฉันไม่คิดมากเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 3.64, S.D. = 1.28)

แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลหรือเกิดความสูญเสียต่อตนเอง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .460, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคามเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Johnson (2008) พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Threat appraisal) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคามเป็นการประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตราย หรือสูญเสีย ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบโดยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉัน (Mean = 2.53, S.D. = 1.25) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวสำหรับฉัน (Mean = 2.29, S.D. = 1.33) และภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันเกิดความสูญเสียมากมาย (Mean = 1.91, S.D. = 1.02) ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก แม้ว่าอาการอาจดีขึ้นบ้างแต่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ บางคนยังต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยคุกคามจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ได้อย่างเดิม กลุ่มตัวอย่างจึงมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการคุกคาม ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย แต่เมื่อผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพว่าเป็นการคุกคามจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .505, p < .01$) แปลได้ว่าเมื่อค่าคะแนนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสียเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสียเป็นการประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายกับตน หรือก่อให้เกิดความสูญเสีย เมื่อพิจารณาข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ฉันต้องการจะทำได้ (Mean = 2.66, S.D. = 1.29) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันต้องยุติการทำหน้าที่หรือกิจกรรมหลายอย่างในชีวิต (Mean = 2.57, S.D. = 1.35) และฉันรู้สึกเจ็บปวดใจกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Mean = 2.08, S.D. = 1.28) และอาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่คือ อาการแขน ขา อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด จาก

อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นอาจทำให้เกิดความพิการ กลุ่มตัวอย่างมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อตนเอง โดยทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ได้อย่างเดิม กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียจึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย แต่เมื่อผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3.4 วิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.205 เท่าของผู้ที่มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์น้อย ($OR = 1.205, 95\%CI = 1.020 - 1.424, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillen (2006) พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี โดยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการปฏิเสธ และการตำหนิตนเอง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ van Mierlo และคณะ (2015) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบ passive coping สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .17, p \leq .001$) สามารถอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เป็นการลดอารมณ์เครียด เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ มักใช้ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ การเผชิญความเครียดวิธีนี้ยังไม่เป็นการจัดการกับแหล่งความเครียด หรือเปลี่ยนแปลงให้ปัญหาหรือสถานการณ์ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการกับความเครียดที่มีอยู่บ่อยครั้ง เป็นระยะเวลานาน ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดของบุคคลในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีที่มี

คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ (Mean = 2.69, S.D. = 1.08) รองลงมาคือกังวลใจ (Mean = 2.19, S.D. = 0.92) และกระวนกระวาย หงุดหงิดใจ (Mean = 2.00, S.D. = 1.03) ตามลำดับ ซึ่งเป็นวิธีการทางด้านจิตใจ เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.178, p < .05$) แปลว่าเมื่อค่าคะแนนการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของวิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2557) พบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของ Vollman, LaMontagne, และ Hepworth (2007) พบว่าบุคคลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการวางแผนการแก้ปัญหา ($r = -.27, P = .02$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีวัตถุประสงค์ โดยมีกระบวนการแยกแยะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หาทางเลือกในการแก้ปัญหา หาวิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธี และเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา การศึกษาค้นคว้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 69.2) ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า วิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน และทุกแง่มุม (Mean = 3.85, S.D. = 0.92) รองลงมาคือ พยายามค้นหาเป้าหมาย หรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Mean = 3.75, S.D. = 0.92) และกำหนดเป้าหมายให้เจาะจง ชัดเจน เพื่อแก้ปัญหา (Mean = 3.55, S.D. = 1.09) ดังนั้น หากมีการใช้การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาเพิ่มขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะของสังคมไทยผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและลูกหลาน ซึ่งได้รับการดูแลใส่ใจเป็นอย่างดีทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี ผู้ป่วยจึงมีภาวะซึมเศร้าน้อย

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .030, p > .05$) การศึกษาค้นคว้าพบว่า วิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น (Mean = 4.08, S.D. = 0.80) รองลงมาคือ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง (Mean = 4.07, S.D. = 0.90) และบอกตนเองว่าไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น (Mean = 4.04, S.D. = 0.98) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้เพื่อลดความรู้สึกเครียด เนื่องจากการ

จัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง เป็นการบรรเทา หรือ ระบายความเครียดที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาโดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งการเผชิญปัญหาทางอ้อมยังไม่เป็นการจัดการกับแหล่งความเครียดเพื่อบรรเทาปัญหาที่แท้จริง หรือเปลี่ยนแปลงให้ปัญหาหรือสถานการณ์ดีขึ้น ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข อีกทั้งยังเป็นวิธีที่ไม่ได้ทั้งเสริมหรือแก้ไขภาวะซึมเศร้า และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ที่จะดึงมาใช้เมื่อเผชิญกับความเครียด กล่าวคือในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรค น้อย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพ จึงมีความเครียดน้อยลงไปด้วย ร่วมกับมีความพึงพอใจของรายได้ คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอ สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลคือเบิกจ่ายตรง และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่มีปัญหา ค่าใช้จ่าย ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเครียดได้ ย่อมส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าน้อยด้วยเช่นกัน จึงทำให้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้กับภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ตัวแปรความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ทำทนาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 49.4 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) บางส่วน โดยพบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด (Coping)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชาติเลือดครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอัมพาต และมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคระบบประสาท ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุดประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง = 0.81, แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว = 0.96, แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต = 0.72 เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย = 0.82 เป็นสิ่งที่ทำลาย = 0.70 และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง = 0.66, แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา = 0.82 การจัดการกับอารมณ์ = 0.76 และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม = 0.63 และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า = 0.83

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank

Correlation Coefficient) เลือกตัวแปรเพื่อนำมาเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยอยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 56.1) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.04 ปี (S.D. = 13.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.9) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 71.5) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 69.3) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.2) จำนวนเกือบครึ่งไม่ได้ทำงานและเป็นข้าราชการเกษียณอายุ (ร้อยละ 46.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 45.4) บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลักมากกว่าครึ่งคือสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 53.1) สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือบ้าน (ร้อยละ 99.2) และส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 60.8)

2. ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองด้านขวา (ร้อยละ 50.8) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (NIHSS $\leq$ 4) (ร้อยละ 88.5) และมีโรคร่วม (ร้อยละ 93.8) โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.8) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันเลือดทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 82.3) ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 วัน (S.D. = 7.25) ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 30.18 วัน (S.D. = 16.47) ส่วนใหญ่การรักษาที่ได้รับ คือรับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 66.9) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 67.7) และกลุ่มตัวอย่างสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 63.1)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.5) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 23-40 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน) มีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 36.46 (S.D. = 4.01)

4. สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 93.8) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 60-116 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม

อยู่ระหว่าง 29-116 คะแนน) มีค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 (S.D. = 10.70)

5. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำหายนมากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 25.4) เป็นสิ่งที่ทำหายนและเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 12.3) เป็นสิ่งที่คุกคาม (ร้อยละ 1.5) และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

6. วิธีการเผชิญความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 69.2) รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 29.2) การจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 0.8) และการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

7. ภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่มาตรวจตามนัด โดยพบเพียงร้อยละ 6.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

8. จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.547$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.407$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำหายน ($r = -.447$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($r = -.318$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = -.178$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม ($r = .460$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ($r = .505$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ($r = .393$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .030, p > .05$)

9. จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ทำหายน เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.4 (Nagelkerke $R^2 = .494$) โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (OR = .827, 95%CI = .698 - .980, $p < .05$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (OR = 1.205, 95%CI = 1.020 - 1.424, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. จากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรส่งเสริมความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และลดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

ด้านการวิจัย

1. ควรพัฒนาโปรแกรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการส่งเสริมความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และลดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์
2. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เป็นซ้ำ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

ภัทรกาญจน์ วิธาทานัง 5736815 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จงจิต เสน่หา, Ph.D. (NURSING), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING), ยงชัย นิละนนท์, พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบประสาทที่พบมากที่สุด และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือดทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 4 นาที (Mozaffarian et al., 2015; Mukherjee & Patil, 2011) และคาดว่าจะในปี 2030 จะมีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2012 ถึงร้อยละ 20.5 (Ovbiagele et al., 2013) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยใน พ.ศ. 2556 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทจากสมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมด โดยมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง (Aho et al., 1980) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความพิการในผู้ใหญ่ (Bonita et al., 2004) และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการในระยะยาว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป และอาจต้องใช้ชีวิตอย่างคนพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการ

ดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555; ธีรรัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวช, 2557) จากการเปลี่ยนแปลงหลังจากเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการปรับตัวเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้มีการดำรงหน้าที่ได้อย่างปกติ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา และอาจเกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2557) และหนึ่งในผลของปัญหาที่เกิดขึ้นคือภาวะซึมเศร้า

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในทางลบเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบมากที่สุดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเกิดขึ้นได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา (Esparrago Llorca et al., 2015) โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรกพบได้ร้อยละ 24.9 ถึงร้อยละ 66 (De Ryck et al., 2013; Glamcevski & Pierson, 2005; Shi et al., 2015; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย (Matsuzaki et al., 2015) มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ (Taylor-Piliae, Hepworth, & Coull, 2013) ทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Franzén-Dahlin et al., 2006) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Lam, Lee, & To, 2010; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) เป็นสาเหตุให้แยกจากสังคม (Sienkiewicz-Jarosz, et al., 2010) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมรรถภาพสมองพร่องสูงเป็น 2.9 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน 1 ปี ถึง 1.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Huai Wu et al., 2012) จากผลกระทบต่อผู้ป่วยดังกล่าว บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบน้อย และยังมีปัจจัยที่ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษามาแล้ว แต่ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาใน

ต่างประเทศซึ่งมีบริบท และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย ร่วมกับไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวร่วมกันในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกว่ามีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกัน และลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกภายใน 3 เดือน 2) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ มีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบ GPCOG มี

คะแนน 9 คะแนน 3) อาศัยอยู่กับครอบครัว และ 4) มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช 2) มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง และโรคไตวายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นต้น 3) ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลง และ 4) ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium effect size) คือ .13 (Polit & Beck, 2008) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และให้ตอบเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg's Self - Esteem Scale: RSE) เป็นแบบสอบถามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ที่แปลโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ ดังนี้ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้มาก่อนเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา ให้ 4 คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน มีคะแนนรวม 10 - 40 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน การที่สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆ สร้างโดย อัญชลี จิตะประ (2536) โดยใช้แนวคิดของ Friedman (1981), Morrow และ Wilson (1961) มีจำนวน 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ โดยข้อความนั้นไม่เป็นจริงให้ 1 คะแนน จนถึงข้อความนั้นเป็นจริงมากให้ 4 คะแนน ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 - 116 คะแนน ถ้าคะแนนมาก แสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 130 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

4) **แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS)** เป็นแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลาวัณย์ ดุ่นทอง (2554) มีจำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต 5 ข้อ, เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย 8 ข้อ, เป็นสิ่งที่ทำลาย 6 ข้อ และเป็นสิ่งที่เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 5 คะแนนเฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่าผู้ป่วยใช้การประเมินสถานการณ์ด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต = 0.72, เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสีย = 0.82, เป็นสิ่งที่ทำลาย = 0.70 และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง = 0.66

5) **แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS)** เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการเผชิญความเครียด ที่พัฒนาโดย Jalowiec (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2540) ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ, การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้ ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด ได้ 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้งได้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) โดยการรวมคะแนนในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ จะได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมากกว่าแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ การเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา = 0.82, การจัดการกับอารมณ์ = 0.76 และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม = 0.63

6) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES - D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย Radloff (1977) ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของวิลโลว์ คูเปอร์นิตติกุล และ พนม เกตุมาน (2540) ที่มีการพัฒนาเพื่อหาค่าคะแนนมาตรฐานที่เหมาะสมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในคนไทย มีจำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และด้านลบ 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ คำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ SI 308/2016 โดยเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสนใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองการรับรู้ก่อน โดยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GPCOG) ผลการคัดกรองต้องแปลผลเป็นปกติคือมีคะแนน 9 คะแนน จึงจะสามารถเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผลการคัดกรองการรับรู้ปกติ และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เลือกตัวแปรเพื่อนำมาเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 56.1) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.04 ปี (S.D. = 13.01) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.9) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 71.5) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 69.3) จำนวนเกือบครึ่งไม่ได้ทำงานและเป็นข้าราชการเกษียณอายุ (ร้อยละ 46.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 45.4) บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลหลักมากกว่าครึ่งคือสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 53.1) สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือบ้าน (ร้อยละ 99.2) และส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 60.8)

2. ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองด้านขวา (ร้อยละ 50.8) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย ($\text{NIHSS} \leq 4$) (ร้อยละ 88.5) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 93.8) โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.8) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 82.3) ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 วัน (S.D. = 7.25) ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคจนถึงวันที่มาตรวจตามนัดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 30.18 วัน (S.D. = 16.47) การรักษาที่ได้รับ คือรับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 66.9) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 63.1)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.5) มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 36.46 (S.D. = 4.01) (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน)

4. สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 93.8) มีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 (S.D. = 10.70) (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 29-116 คะแนน)

5. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำหายนามากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 25.4) เป็นสิ่งที่ทำหายนและเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 12.3) เป็นสิ่งที่คุกคาม (ร้อยละ 1.5) และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

6. วิธีการเผชิญความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 69.2) รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 29.2) การจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 0.8) และการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

7. ภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่มาตรวจตามนัด โดยพบเพียงร้อยละ 6.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

8. จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.547$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.407$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำหายน ($r = -.447$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($r = -.318$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = -.178$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม ($r = .460$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ($r = .505$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ($r = .393$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .030, p > .05$)

9. จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ทำหายน เป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.4 (Nagelkerke $R^2 = .494$) โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (OR = .827, 95%CI = .698-.980,

$p < .05$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ($OR = 1.205$, $95\%CI = 1.020-1.424$, $p < .05$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 56.1) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.04 ปี ($S.D. = 13.01$) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในไทย และในต่างประเทศที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบในเพศชายได้สูงกว่าเพศหญิง และมักเป็นในวัยสูงอายุ (Nidhinandana et al., 2010; Shi et al., 2015; Zhang, Pan, Wang, & Zhao, 2013) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมาก (Kongbunkiat et al., 2015) โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง (Chen, Balami, Esiri, Chen, & Buchan, 2010) ต่างจากการศึกษาของช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สิ้นธุ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง จำนวน 168 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.1) มีอายุเฉลี่ย 70 ปี อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเพศหญิงมักจะมีอายุยืนมากกว่าเพศชาย และในวัยหลังหมดประจำเดือนจะมีการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Haast, Gustafson, & Kiliaan, 2012)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ครึ่งหนึ่งมีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย (ร้อยละ 51.5) และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากการเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงหรือมีปัญหา aphasia จึงถูกคัดออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 93.8) และพบว่าโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.8) เช่นเดียวกับในหลายการศึกษาที่พบว่าโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (Abubakar, Obiakor, Sabir, Iwuzuo, & Magaji, 2014; Shi, et al., 2015; Sun et al., 2014) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (Goldstein et al., 2011; O'Donnell et al., 2010) และพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่

สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี (Chen, et al., 2010) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 63.1) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทน้อย และจะมีการทำงานของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก (Gajurel et al., 2014)

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่มาตรวจตามนัด โดยพบเพียงร้อยละ 6.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทน้อย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้การพึ่งพาคนอื่นน้อยลง ซึ่งพบว่าการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นจะเพิ่มภาวะซึมเศร้าเป็น 5-10 เท่าของผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011) รวมทั้งบริบท และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดคือบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว รวมถึงการมีบทบาททางสังคมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้การเจ็บป่วยจึงอาจยังไม่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าของการศึกษาในครั้งนี้กับการศึกษาก่อนหน้าที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน คือเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เป็นครั้งแรก ใน 3 เดือนแรก ความรุนแรงของโรคไม่รุนแรงโดยมีคะแนน NIHSS น้อยกว่า 5 คะแนน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน จากการศึกษาในชาวจีนของ Shi และคณะ (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.8 และส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาในชาวจีนเช่นเดียวกันที่พบอุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.59 ในการศึกษาของ Zhang และคณะ (2013) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าในครอบครัวชาวเอเชียผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัวมักจะได้รับ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผลการศึกษาที่ทำในประเทศอิตาลีของ Altieri และคณะ (2012) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22 ซึ่งอาจเกิดจากบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ต่างกัน ซึ่งต่างจาก

ลักษณะของครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวขยาย ในยามชรายังมีบุตรหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแล เอาใจใส่ และลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี รูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้อุปสรรคการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จะเห็นว่ามีความชุกที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละการศึกษา ซึ่งอาจเนื่องมาจากเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน รวมถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และวิธีการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) บางส่วน โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ($OR = .827$, $95\%CI = .698 - .980$, $p < .05$) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ($OR = 1.205$, $95\%CI = 1.020 - 1.424$, $p < .05$) สำหรับตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการถูกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่ทำทนาย และเป็นผลดีหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.547$, $p < .01$) และพบว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ($OR = .827$, $95\%CI = .698 - .980$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Chau และคณะ (2010) พบว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .58$, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสภาวะภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย มี

ภาวะพึ่งพา ผลจากการเจ็บป่วยทางกายจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จะเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งในการศึกษาค้างนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อมีการเผชิญกับความเครียด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .974, 95\%CI = .918 - 1.033, p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของพัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุรวัณฐฐา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และ สายใจ ลิขนะเชียร (2556) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .386$) สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญนำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหา หรือความเครียดที่มากระทบได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ เกิดความเครียดได้ง่าย และมีความรู้สึกซึมเศร้าได้ (สายพิน ยอดกุล และ จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, 2555) ดังนั้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเนื่องจากในการศึกษาค้างนี้มีการกระจายตัวของตัวแปรที่น้อย โดยพบว่าไม่มีกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดีเลย ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าน้อยด้วยเช่นกัน จึงอาจทำให้ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กันก็ตาม

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการประเมินสถานการณ์ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตราย

หรือสูญเสีย เป็นสิ่งทำทนาย และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .937, 95\%CI = .676 - 1.299, p > .05$; $OR = 1.035, 95\%CI = .840 - 1.275, p > .05$; $OR = .967, 95\%CI = .744 - 1.257, p > .05$ และ $OR = .842, 95\%CI = .637 - 1.114, p > .05$ ตามลำดับ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การดำรงชีวิต และมีการพยายามช่วยตนเองเพื่อลดภาระการพึ่งพาคนในครอบครัว ผลของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย คือมีการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมกาพึ่งพาที่เหมาะสม (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาดวรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2550) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย และอยู่ในวัยสูงอายุ จึงอาจมองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ต้องเผชิญ และมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ดังนั้นการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ โดยพบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ Bigatti, Steiner, และ Miller (2012) พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm/loss appraisal) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .36, p = .003$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Aguado Loi และคณะ (2013) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งทำทนาย (Challenge appraisal) สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -.28, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคมีความแตกต่างกัน ซึ่งการประเมินสถานการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น รวมถึงมีการคุกคามจากโรค และมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จึงทำให้การประเมินสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำทนาย และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.447, p < .01$; $r = -.318, p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่ากาประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการทำทนาย และเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นการประเมินที่มองในแง่ดี ทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวก ผู้ป่วยยังสามารถควบคุม และจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ทำทนายมากที่สุด (ร้อยละ 60) และประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่เป็ผลดีต่อตนเองหรือไม่

เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 25.4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ได้เรียนรู้ และพยายามต่อสู้เพื่อที่จะเอาชนะกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลหรือเกิดความสูญเสียต่อตนเอง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .460, p < .01; r = .505, p < .01$ ตามลำดับ) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่าการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคามเป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตราย หรือสูญเสีย ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบโดยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก แม้ว่าอาการอาจดีขึ้นบ้างแต่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ บางคนยังต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยคุกคามจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการคุกคาม ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย แต่เมื่อผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพว่าเป็นการคุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

วิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$) และพบว่าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.205 เท่าของผู้ที่มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์น้อย ($OR = 1.205, 95\%CI = 1.020 - 1.424, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillen (2006) ที่พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี โดยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการปฏิเสธ และการตำหนิตนเอง และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ van Mierlo และคณะ (2015) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบ passive coping สามารถทำนายการ

เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .17, p \leq .001$) สามารถอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการลดอารมณ์ตึงเครียด เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ มักใช้ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ การเผชิญความเครียดวิธีนี้ยังไม่เป็นการจัดการกับแหล่งความเครียดเพื่อมุ่งแก้ปัญหาที่แท้จริง หรือเปลี่ยนแปลงให้ปัญหาหรือสถานการณ์ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการกับความเครียดที่มีอยู่บ่อยครั้ง เป็นระยะเวลานาน ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เป็นวิธีการทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.178, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุตา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัจย์ (2557) ที่พบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.075$) สามารถอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีวัตถุประสงค์ หาทงเลือกในการแก้ปัญหา และเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ดังนั้นหากมีการใช้การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาเพิ่มขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะของสังคมไทยผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและลูกหลาน ซึ่งได้รับการดูแลใส่ใจเป็นอย่างดี ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี ผู้ป่วยจึงมีภาวะซึมเศร้าน้อย

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .030, p > .05$) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้เพื่อลดความรู้สึกเครียด เนื่องจากการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง เป็นการบรรเทา หรือระบายความเครียด เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาโดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งการเผชิญปัญหาทางอ้อมยังไม่เป็นการจัดการกับแหล่งความเครียดเพื่อมุ่งแก้ปัญหาที่แท้จริง หรือเปลี่ยนแปลงให้ปัญหาหรือสถานการณ์ดีขึ้น ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข และเป็นวิธีที่ไม่ได้ทั้งเสริมหรือแก้ไขภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหาทางอ้อมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นการคุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย

เป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 49.4 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) บางส่วน โดยพบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด (Coping)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป และควรมีการศึกษาดูตามการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงควรส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วย และลดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และพยาบาลควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และลดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

PATTARAKAN WITHATANANG 5736815 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHONGJIT SANEHA, Ph.D. (NURSING),
WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), YONGCHAI NILANONT, M.D.**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Stroke is the most frequently encountered neurological disease and the second highest cause of death after ischemic heart disease. Approximately 5.5 million deaths from stroke occur worldwide per year. In the United States, patient dies from stroke every four minutes (Mozaffarian et al., 2015; Mukherjee & Patil, 2011), and the prevalence of stroke is expected to increase from 2012 up to 20.5 percent in 2030 (Ovbiagele et al., 2013). In Thailand, according to a public health statistics report of 2003 - 2013, stroke was found to have increasing trends, and in 2013 stroke was the number-one cause of death from non-communicable chronic diseases (Strategy and Planning, Bureau of Non-Communicable Diseases, 2014).

The World Health Organization (WHO) defined stroke as a clinical syndrome which occurs suddenly and causes neurological symptoms to all or part of the brain with symptoms or presenting symptoms persisting for more than 24 hours or causes death from stroke (Aho et al., 1980). Stroke is one of the most important causes of disability in adults (Bonita et al., 2004) and a main cause of long-term disability. Stroke survivors will continue to have disabilities from loss of brain tissue and would have to live as disabled persons throughout their remaining lives. The aforementioned disabilities have effects on patients, families, communities and the country

(Sangsuwan, 2012; Apinya and Pantuwet, 2014). Changes following the illness cause stroke patients to have to adapt to maintain activities in daily living and normal function. If patients are unable to adapt or accept changes, patients will have adaptation problems and may have improper adaptation (Manosuntorn, 2014) and one of the effects from problems is depression.

Lazarus and Folkman (1984) stated depression is a result of negative adaptation in response to stress. Post-stroke depression is the most frequently encountered emotional abnormality following stroke and may occur in one out of three stroke patients. Most depression occurs within the first three months after having a stroke and more than half of patients are not diagnosed or treated (Esparrago Llorca et al., 2015). Depression prevalence among stroke patients during the first three months is 24.9 - 66 percent (De Ryck et al., 2013; Glamceviski & Pierson, 2005; Shi et al., 2015; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010).

Stroke patients with depression have effects on physical recovery (Matsuzaki et al., 2015) and rehabilitation (Taylor-Piliae, Hepworth & Coull, 2013), causing limitations to physical function (Franzén-Dahlin et al., 2006), capacity to perform the activities of daily living (ADL) and lower quality of life than those without depression (Lam, Lee, & To, 2010; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008). Depression also causes isolation from society (Sienkiewicz-Jarosz, et al., 2010) and 2.9 times higher risk of cognitive impairment than stroke patients without depression (Pakdeepong and Sangsuwan, 2012). It also increases risk of recurrent stroke in one year at 1.49 times more than patients without depression (Huai Wu et al., 2012). Due to its impacts on the patients, healthcare personnels, therefore need to examine factors influencing depression in stroke patients to determine guidelines for helping patients with depression.

From previous studies of the factors influencing depression in stroke patients, there are few studies of factors in the areas of self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health and coping strategies. Furthermore, some factors were studied and had inconsistent findings. In addition, most of the studies were carried out overseas with different environment and culture from Thailand and no studies were found to have combined the aforementioned factors to predict depression in stroke patients. Therefore, the researcher was interested to study the

aforementioned factors in the first ischemic stroke patients to determine influence on depression in stroke patients in order to use the findings as guidelines for planning effective care for patients in order to prevent and reduce depression, which will lead to reduced expenses in caring for patients, improved rehabilitation efficiency, reduced mortality rates and higher quality of life among stroke patients.

Research Objectives

1. To study depression in first ischemic stroke patients.
2. To study the predictive power of self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health and coping in predicting depression among first ischemic stroke patients.

Research Hypothesis

Self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health and coping are capable of jointly predicting depression in first ischemic stroke patients.

Research Methodology

This study was a predictive correlational design which aimed at identifying predictors of depression in stroke patients. The participants were composed of male and female patients aged 18 years and above, who had been diagnosed with ischemic stroke and treated at Siriraj Hospital in June 2016 - April 2017. The participants were selected by purposive sampling and met the following inclusion criteria: 1) Patients diagnosed by doctors with first ever ischemic stroke in three months; 2) Had good consciousness and ability to communicate with understanding and normal perception by passing assessment with the GPCOG test form with a score of nine points; 3) Lived with family, and 4) Had an existence of hospital discharge plans. Exclusion criteria consisted of: 1) Being diagnosed with psychiatric disorders; 2) Having severe co-morbidities such as cancer and renal failure requiring renal replacement therapy, etc.;

3) Patients having unstable symptoms and changes to consciousness levels, and 4) Receiving antidepressants. Sample size was determined using the G*Power program by setting power of test at .80, setting statistical significance at .05 ($\alpha = .05$) and setting a medium effect size of .13 (Polit & Beck, 2008). This study had a total of 9 independent variables, so the sample size in this study were 130 participants.

Research Instrumentation

1) The Demographic Data and History of Illness Questionnaire for Patients with Ischemic Stroke contained questions with choice-answers and open-ended answers and was created by the researcher from the literature review.

2) Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) was a questionnaire on feelings and attitude toward oneself. Self-esteem was assessed using Rosenberg's Self-Esteem Scale (1965) translated by Pongsri Srimorakot (1993) and had a total of ten questions with five positive questions and five negative questions. Rosenberg's Self-Esteem Scale had answers on a 4-level Likert scale ranging from one point for "No Such Feelings Before" to four points for "These Feelings Occur All the Time". Messages with negative meanings had reversed scores before scores are combined at a total range of 10 - 40 points. High overall scores indicated high self-esteem. The researcher tested the questionnaire on 130 participants before determining instrument reliability using Cronbach's Alpha Coefficient and obtained a reliability score of .81.

3) The Family Relationship Questionnaire was a questionnaire on behaviors of patients and family members toward one another and the fact that family members allowed patients to participate in various activities. The questionnaire was created by Anchalee Titapura (1993) using the concept of Friedman (1981), Morrow & Wilson (1961) and had a total of 29 questions with responses rated on a 4-level Likert scale. One point was awarded to untruth messages and four points were awarded to extremely truthful messages. Messages with negative meanings had reversed scores before scores are combined at a total range of 29 - 116 points. High overall scores indicated good family relationships. The researcher tested the questionnaire on 130 participants before determining instrument reliability using Cronbach's Alpha Coefficient and obtained a reliability score of .96.

4) The Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS) was a questionnaire for assessing current health situations developed by Kessler (1998) and translated into Thai by LawanTuntong (2011). The questionnaire had a total of 23 points divided into four areas consisting of five questions on cognitive appraisal of health as a threat, eight questions on cognitive appraisal of health as harm/loss, six questions on cognitive appraisal of health as a challenge, and four questions on cognitive appraisal of health as benign/irrelevant. The questions had answers on a 5-level Likert scale ranging from one point for “Mostly Disagreed” to five points for “Mostly Agreed”. In interpreting the total score, scores from each area were added together before being divided by the number of questions in that area, which results in a mean score for each area with a scoring range of 1 - 5 points. Higher mean scores in any area indicated that patients mostly appraised situations in that area. The researcher tested the questionnaire in 130 participants and determined instrument reliability by using Cronbach’s Alpha Coefficient and obtained the following reliability scores: Cognitive appraisal of health as a threat = 0.72, cognitive appraisal of health as harm/loss = 0.82, cognitive appraisal of health as a challenge = 0.70 and cognitive appraisal of health as benign or irrelevant occurrence = 0.66.

5) The Jalowiec Coping Scale (JCS) was used to measure stress coping. The Jalowiec Coping Scale was developed by Jalowiec (1988) and translated into Thai by Pranee Mingkwan (1997). The questionnaire was composed of questions on coping strategies in three areas consisting of 13 questions on confrontive coping, 9 questions on emotive coping and 14 questions on palliative coping. The questions were on a 5-level Likert scale and awarded scores according to frequency of stress coping method use ranging from one point for “Never Used that Method to Cope with Stress” to five points for “Used that Method to Cope with Stress Almost Every Time”. In interpreting the score, scores from each area were added together before being divided by the number of questions in that area, which results in a mean score for each area and then divided by the sum of the means for all of the scales. Higher mean scores in any area indicated patients mostly used that method for coping with stress. The researcher tested the questionnaire in 130 participants and determined instrument reliability by using Cronbach’s Alpha Coefficient and obtained the following reliability scores: Confrontive coping = 0.82, emotive coping = 0.76 and palliative coping = 0.63.

6) The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) was used to measure depression and was developed by Radloff (1977). The questionnaire had questions involving emotions and behaviors correlated with depression. Scores were awarded according to frequency in the past week. In this study, the researcher used the depression questionnaire of Wilai Kupniratsaikun and Panom Ketman (1997) which had 20 questions with 4 positive questions and 16 negative questions. The answers were on a 4-level Likert scale. Negative questions yielded 0, 1, 2 and 3 points while opposite scores were provided for positive questions. The questionnaire had a total scoring range of 0 - 60 points. An overall score of more than or equal to 19 points indicated depression. The researcher used the questionnaire in 130 participants, determined instrument reliability using Cronbach's Alpha Coefficient and obtained reliability at 0.83.

Data Collection

In this study, the researcher collected data personally after gaining an ethics approval from Siriraj Hospital (COA No.SI 308/2016) at the patient ward where patients were hospitalized. The researcher elicited cooperation from ward nurses to screen patients who met the inclusion criteria for the sample group and introduced patients to the research project. If patients were interested, the researcher met with patients to introduce herself, explain research objectives, research steps, time of participation in the study and the right to participate or withdraw from the study. When patients consented to participate in the research project, patients were screened for perception with the General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) form. Screening outcomes must have normal interpretations with a score of nine points for patients to participate in the study. When cognition screening outcomes were normal and the participants consented to participate in the study, the researcher had the participants sign consent forms to participate in the study before scheduling appointments with patients to collect data on the appointed date for patients' examinations by having patients complete questionnaires, then the researcher got all collected data for statistical data analysis.

Data Analysis

Statistical data were analyzed with computers by using the SPSS program to determine significance for hypothesis testing at .05. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Relationships were analyzed using Spearman's Rank Correlation Coefficient. Variables were selected to enter into the regression analysis using the Mann-Whitney U test. Predictive power was analyzed using logistic regression statistics.

Research Findings

1. The demographic, economic and social characteristics of the participants. More than half of the participants were senior adults (56.1%) with a mean age of 62.04 years (SD = 13.01). The majority of the participants were male (69.2%), married (76.9%), were family leaders (71.5%) and graduated from the high school level and above (69.3%). Almost half of the participants were unemployed and were retired civil servants (46.9%). Monthly family income was sufficient with savings (45.4%). More than half of the primary caregivers were a husband or wife (53.1%). Most of the places where the participants returned to after being discharged from the hospital was home (99.2%) and most of the participants participated in social activities (60.8%).

2. In the area of stroke illness characteristics, more than half of the participants had location of the brain lesion on the right side (50.8%). Most of the participants had minor stroke (NIHSS $\leq$ 4) (88.5%). The majority of the participants had co-morbidities (93.8%), and the most common risk factors of stroke were hypertension (73.8%). Most of the participants were not treated with thrombolytic drugs (82.3%). The participants were hospitalized at a mean of 8.45 days (SD = 7.25) with a mean time of having stroke at 30.18 days (SD = 16.47). The participants were treated by oral medications and physical therapy (66.9%). Most of the participants were able to perform activities in daily living by themselves completely (63.1%).

3. The majority of the participants had high self-esteem (91.5%) with a mean self-esteem score of 36.46 (SD = 4.01) (the questionnaire's score range was 10 - 40 points).

4. The majority of the participants had good family relationships (93.8%) with a mean family relationship score of 108.58 (SD = 10.70) (The questionnaire's score range was 29 - 116 points).

5. Regarding cognitive appraisal of health, most of the participants appraised current health conditions as most challenging (60%), followed by benign or irrelevant occurrence (25.4%), challenging and benign or irrelevant occurrence (12.3%), as a threat (1.5%) and a harm/loss (0.8%), respectively.

6. Concerning stress coping strategies, most of the participants coped with stress by confrontive coping (69.2%), followed by palliative coping (29.2%) emotive coping (0.8%), confrontive coping and palliative coping (0.8%), respectively.

7. In relation to depression, the minority of the participants was found to have depression both before discharge from the hospital and the day when the participants came for a follow up appointments. Depression was found to be at 6.9 percent and 10.8 percent, respectively.

8. According to data analysis using Spearman's Rank Correlation Coefficient, self-esteem ($r = -.547$), family relationships ($r = -.407$), cognitive appraisal of health as a challenge ($r = -.447$), benign or irrelevant occurrence ($r = -.318$) and confrontive coping ($r = -.178$) were found to be negatively correlated with depression with statistical significance at the level of .05. Cognitive appraisal of health as a threat ($r = .460$), harm/loss ($r = .505$) and emotive coping ($r = .393$) were positively correlated with depression with statistical significance at the level of .05. Palliative coping was not correlated with depression ($r = .030$, $p > .05$).

9. According to logistic regression analysis by entering independent variables into the regressive equation in one step, self-esteem, family relationship, cognitive appraisal of health as a threat, harm/loss, a challenge, benign or irrelevant occurrence and emotive coping were able to jointly explain variance of depression by 49.4 percent (Nagelkerke $R^2 = .494$). Only self-esteem (OR = .827, 95%CI = .698-.980, $p < .05$) and emotive coping strategies (OR = 1.205, 95%CI = 1.020-1.424, $p <$

.05) were predictors of depression in ischemic stroke patients with statistical significance.

Discussion

Sample Group Characteristics

According to this study, the majority of the participants were males (69.2%). More than half of the participants were aged more than 60 years (56.1%) with a mean age of 62.04 years (SD = 13.01). This concurred with studies conducted in Thailand and abroad which found stroke incidence to be higher in males than females and stroke usually occurs in old age (Nidhinandana et al., 2010; Shi et al., 2015; Zhang, Pan, Wang, & Zhao, 2013). Stroke is more likely to occur among older people (Kongbunkiat et al., 2015). More than 80 percent of stroke was found to occur in senior adults aged more than or equal to 65 years because senior adults usually have diseases which are risk factors of stroke and have vascular changes in the brain (Chen, Balami, Esiri, Chen & Buchan, 2010). This differed from a study conducted by Chopaka Suttipong and Siriorn Sintu (2012) who studied predictors of depression in 168 senior adults in urban communities after having stroke and found most of the participants to be females (60.1%) with a mean age of 70 years. This may be because the aforementioned study was carried out among senior adults and females usually live longer than males. Females would have reduced estrogen when are in a menopausal period, leading to higher risk of stroke. (Haast, Gustafson, & Kiliaan, 2012)

More than half of the participants in this study had weakness on the left side (51.5%) and low stroke severity. This may be because inclusion criteria required the participants to have normal perception and ability to communicate with understanding. Therefore, patients with high stroke severity or aphasia were excluded from the study. Most of the participants had co-morbidities (93.8%), and the most common risk factors of stroke were hypertension (73.8%). Similarly, many studies found the most frequently encountered co-morbidity to be hypertension (Abubakar, Obiakor, Sabir, Iwuzuo & Magaji, 2014; Shi, et al., 2015; Sun et al., 2014) because hypertension is a significant risk factor of stroke (Goldstein et al., 2011; O'Donnell et

al., 2010) and a significant risk factor in stroke patients aged under 80 (Chen et al., 2010). In addition, most of the participants were able to perform all activities in daily living by themselves (63.1%). This may be because most of the participants had low stroke severity, causing low nervous function deficiency and better physical function than patients with high stroke severity (Gajurel et al., 2014).

Depression in the Sample Group

According to studies of depression, only a minority of the participants had depression both before discharge from the hospital and follow up after hospital discharge. Depression was found in only 6.9 percent and 10.8 percent of the participants. This may be because most of the participants had minor stroke, resulting in low deficiency of neurological functions. And most of the participants were able to perform activities in daily living (ADL). Thus, symptoms and presenting symptoms of the disease had little impact on living. The fact that patients were unable to perform activities in daily living and were dependent on others was found to have increased depression by 5 - 10 times more than patients who were able to help themselves (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann & Wolfe, 2011). In addition, most of the participants' contexts and lifestyles were in senior adulthood and all of the lived with family members. Almost all of the participants returned home after leaving the hospital. Most of the senior adults lived with children and grandchildren and received care from families and fewer social roles than in adulthood. Therefore, illness among patients in this group may not have caused psychological impacts on the participants.

When compared with previous studies conducted among a similar population, incidence in this study was found to be similar to a study conducted among Chinese by Shi and colleagues (2015) found the participants (12.9%) to have depression. In addition, Zhang and colleagues (2013) found the participants (6.59%) to have depression. In Asian families, patients can be explained to be living with families and usually received care from families, which may have reduced depression. However, the findings of this study revealed less depression incidence than the findings from studies conducted overseas by Altieri and colleagues (2012) who studied in Italy and found the participants (22%) to have depression. This was different from Thai family characteristics that contain extended families where people

in old age have children, grandchildren and relatives live with or provide care. Moreover, different social, cultural, traditional characteristics and lifestyles resulted in different depression incidence. Prevalence of depression can be seen to be different in each study. This may be because of inclusion criteria, different depression assessment instruments and different duration of illness, which may have different effects on depression.

Results from Analysis of Influence of Self-Esteem, Family Relationships, Cognitive Appraisal of Health and Coping Strategies on Depression in the Sample Group

The findings of this study partially supported the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984). Two variables were found to be capable of predicting depression with statistical significance, namely, self-esteem ($OR = .827$, $95\%CI = .698 - .980$, $p < .05$) and emotive coping strategies ($OR = 1.205$, $95\%CI = 1.020 - 1.424$, $p < .05$). Family relationships, cognitive appraisal of health as a threat, harm/loss, challenge, benign or irrelevant occurrence were unable to predict depression in patients with stroke. The findings can be explained as follows:

Self-Esteem

Self-esteem is a personal factor based on the stress, appraisal and coping model of Lazarus and Folkman (1984). In this study, self-esteem was found to be negatively correlated with depression with statistical significance ($r = -.547$, $p < .01$) and self-esteem was found to be able to predict depression with statistical significance. This meant patients with stroke who had higher self-esteem scores had less depression than patients with low self-esteem ($OR = .827$, $95\%CI = .698 - .980$, $p < .05$). The findings concurred with the hypothesis and were in agreement with Chau and colleagues (2010) who studied in stroke patients found self-esteem to be able to predict depression with statistical significance ($\beta = .58$, $p < .05$). Self-esteem can be explained as a condition in a person's mind toward self. The fact that patients with stroke had physical limitations, dependence and effects from physical illness caused patients to have lower self-esteem. When patients felt lower self-esteem, patients had a higher chance of having depression. On the contrary, patients who felt higher self-

esteem had less depression. In this study, most of the participants were found to have high self-esteem, causing depression to be less.

Family Relationships

Family relationships are a situational factor and an important source of benefit for patients used by patients with confronted with stress according to the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (1984). In this study, family relationships were found to be negatively correlated with depression with statistical significance ($r = -.407, p < .01$). However, family relationships were unable to predict depression in stroke patients with statistical significance ($OR = .974, 95\%CI = .918 - 1.033, p > .05$). This finding did not support the hypothesis. The findings of the study did not concur with studies of family relationships among other patients with chronic diseases. For example, the studies of Patcharapan Chaisang, Sirikorn Suttawatnatcha, Parimwitchaya Intakan, and Saijai Lichanatian (2013) who studied senior adults with chronic diseases found family relationships to be capable of predicting depression with statistical significance ($\beta = .386$). The findings of this study can be described by the fact that most of the participants had good family relationship scores. Family relationships are an important factor leading to proper emotional adjustment enabling a person to confront with problems or stress. Patients with families with poor relationships will have emotional adaptation problems, have stress easily and feel depressed (Yodkun and Srijakkot, 2012). Therefore, family relationships reduced depression. However, this study had low variable differentiation and no had groups with poor family relationships were found. Most of the participants were found to have good family relationships and the participants also had low depression. Thus, family relationships may have no power to predict depression despite being correlated with depression.

Cognitive Appraisal of Health

Cognitive appraisal of health is a situation appraisal factor based on the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (1984). In this study, cognitive appraisal of health as a threat, harm/loss, challenge, benign or irrelevant occurrence was found to be unable to predict depression in patients with stroke with

statistical significance (OR = .937, 95%CI = .676 - 1.299, $p > .05$; OR = 1.035, 95%CI = .840 - 1.275, $p > .05$; OR = .967, 95%CI = .744 - 1.257, $p > .05$ and OR = .842, 95%CI = .637 - 1.114, $p > .05$, respectively). This was not consistent with the hypothesis. Patients with stroke can be explained to have adaptations to illness by modifying behaviors to be consistent with physical conditions, lifestyles and efforts to support themselves to reduce dependence on family members. Effects of adaptation to illness included acceptance of illness, ability to perform activities in daily living, ability to perform patients' roles effectively and appropriate dependence behaviors (Tongbaiprasart, Wanpornsi, Santayakorn, and Siripornpaiboon, 2007). Furthermore, most of the participants in this study had low disease severity, were in senior adulthood, so they might view illness as something to be confronted in addition to accepting changes to health conditions. Therefore, cognitive appraisal of health was unable to predict depression.

The findings of this study differed from studies conducted among other groups of patients with chronic diseases. A study conducted among patients with breast cancer by Bigatti, Steiner and Miller (2012) found cognitive appraisal by patients as harm/loss appraisal to be capable of predicting depression ($\beta = .36$, $p = .003$). Similarly, Aguado Loi and colleagues (2013) who studied breast cancer patients found challenge appraisals by patients to be capable of predicting depression ($\beta = -.28$, $p < .01$). This may be because situations of illness from diseases were different. Different appraisals were dependent on events of that time. Furthermore, different threats from diseases and disease severity may have caused appraisals by the aforementioned participants to be different from this study.

Cognitive appraisal of health as a challenge and benign or irrelevant occurrence was negatively correlated with depression with statistical significance ($r = -.447$, $p < .01$; $r = -.318$, $p < .01$, respectively). Cognitive appraisal of health as a challenge and benign or irrelevant occurrence can be explained to be positive appraisals, creating positive emotions indicating patients remain capable of controlling and managing current health conditions. Most of the participants had low disease severity and able to perform activities in daily living completely. The findings of this study revealed that most of the participants to have appraised current health conditions as challenging (60%), while one-fourth appraised current health conditions as benign

or irrelevant occurrence (25.4%). This indicated the participants viewed the illness to have enabled the participants to obtain knowledge and fight to win against the illness. In addition, the participants viewed the illness to have not caused effects or losses to themselves. Therefore, most of the participants had no depression.

Cognitive appraisal of health as a threat and harm/loss was positively correlated with depression with statistical significance ($r = .460, p < .01$; $r = .505, p < .01$, respectively). The findings of this study concurred with Johnson (2008) who studied stroke patients and found appraisal of situations by patients as a threat to be positively correlated with depression following stroke with statistical significance ($r = .36, p < .01$). Cognitive appraisal of health can be explained as a threat and an appraisal to determine if that situation will cause harm/loss or unavoidable negative emotions as an appraisal of situations in advance. This may be because stroke characteristics cause weakness in one half. Although symptoms may have improved, patients continued to have disability and were dependent on others. Therefore, the participants may have felt the illness to be a threat from inability to control situations, causing the participants to view the illness as a threat and potentially causing the participants to have depression. Although depression incidence was low, when patients appraised health conditions to have threats and harm/loss, cognitive appraisal of health will be more correlated with higher depression.

Coping Strategies

Coping strategies are a factor in coping with stress based on the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (1984). In this study, emotive coping was found to be positively correlated with depression with statistical significance ($r = .393, p < .01$) and emotive coping was found to be capable of predicting depression with statistical significance, meaning stroke patients are 1.205 times more likely to have depression than patients with low emotive coping when emotive coping scores are higher ($OR = 1.205, 95\%CI = 1.020 - 1.424, p < .05$). This supported the hypothesis and a study conducted by Gillen (2006) who found stroke survivors with depression usually used poor coping strategies by using the methods of denial and self-blame. In addition, Van Mierlo and colleagues (2015) studied patients after having stroke and found passive coping to be capable of predicting depression

with statistical significance ($\beta = .17, p \leq .001$). Emotive coping can be explained to be a process correlated with reducing stressful emotions when an appraisal has been made and determined in ability to solve stressors. This method was usually used in unchangeable situations or events. This method of coping was not a true solution for stress management to solve the true problem or improve problems or situations, causing patients to have to manage with stress frequently over a long period of time, causing patients' problems to not be solved appropriately. This method is a psychological management method and an ineffective method for coping with stress. When patients' problems are not solved, patients will have inappropriate adaptation, causing depression.

Confrontive coping was mild negatively correlated with depression with statistical significance ($r = -.178, p < .05$). This concurred with a study conducted by Vitchuta Pumchan, Chanokporn Jitpanya, and Siriphan Sasat (2014) who found coping strategies be negative correlated with depression in patients after acute stroke at a low level with statistical significance at .05 ($r = -.075$). Confrontive coping can be explained to be aimed at solving problems purposefully, seeking options for solving problems and selecting appropriate methods for solving problems. This study found most of the participants to have used confrontive coping, causing patients problems to be solved appropriately. Therefore, if confrontive coping is used more frequently, patients will have less depression. Moreover, most of the participants in this study were senior adults. In Thai social characteristics, senior adults continue to live with family and children while receiving good care, enabling patients to be able to cope with problems well and have minimal depression.

Palliative coping was not correlated with depression ($r = .030, p > .05$). The participants used this coping strategies to reduce stress because palliative coping is a method aimed at easing or venting stress as a guideline for changing problem perception while events or problems have not changed. Palliative coping was not a management of stress sources to truly solve problems, change or improve problems or situations. Thus, patients' problems are left unsolved. In addition, palliative coping did not support or solve depression. Therefore, palliative coping was not correlated with depression.

According to the findings, self-esteem, family relationships, cognitive appraisal of health as a threat, harm/loss, a challenge and benign or irrelevant occurrence and emotive coping were able to jointly explain variance of depression by 49.4 percent. The findings of this study partially supported the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (1984). Only two variables were found to have the power to predict depression with statistical significance, namely, self-esteem, a personal factor, and emotive coping, a coping factor.

Conclusion and Recommendations

According to the findings, only a minority of the participants suffered from depression. Although only few participants had depression, it can cause impacts on patients. Therefore, nurses and health care team should include preliminary screening to assess depression in patients with first ischemic stroke to receive proper care if patients were found to have depression. In addition, studies should be carried out to monitor depression in patients with stroke in the long-term. Moreover, self-esteem and emotive coping strategies were found to be capable of predicting depression in patients with ischemic stroke. Therefore, nurses who provide care for stroke patients should support patients to have self-esteem and reduce emotive coping strategies to minimize depression. Moreover, nurses should develop the programs to prevent depression in ischemic stroke patients by promoting self-esteem and reducing emotive coping strategies.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *ANNUAL REPORT 2014 รายงานประจำปี 2557*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ก้องเกียรติ ภู่งกันทรากกร. (2547). *ประสาทวิทยาพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ศิริวรราช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพรส.
- เกรียงศักดิ์ ถิมพัฒน์. (2555). *โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular Disease* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: บริษัท ทรีโอแอดเวอร์ไทซิงแอนคมีเดีย จำกัด.
- จันทนา ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และ สุพัฒนา คำสอน. (2551). สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 14(1), 54-62.
- จิรนนท์ กริฟฟิธส์. (2558). แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจิต (ฉบับภาษาไทย): ความตรงและความเที่ยง The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai Version): Validity and Reliability. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, และ คุณณี คำมี. (2552). รายงานการวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนสามัญ เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อปปี้ แอนด์ พรินต์.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนา ศรีสิงห์กู, วรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, และ พชรินทร์ อ้วนไทร. (บรรณาธิการ). *คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ช่อผกา สุทธิพงษ์ และ ศิริอร สันธู. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667-676.
- ธิดารัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวช. (2557). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาทโลก ปี 2556 (งบประมาณ 2557)*. กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 7(1), 66-79.
- นิตยา คชภักดี (2545). *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” รายงานการศึกษาค้นคว้า*. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง STROKE (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกลึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนอมชัย. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 32-46.
- พรภัทร ธรรมสโรต. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุรวัณฐษา, ปริมวิญา อินตะกัน, และ สายใจ ลิขนะเชียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. การพยาบาลและการศึกษา, 6(1), 27-37.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2553). หลักสถิติวิชัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2556). การวิเคราะห์สถิติหลายตัวแปรสำหรับงานวิจัย *multivariate statistical analysis for research*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชชัย คงสกันธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งรัก, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ, และ อุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4), 211-219.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). พจนานุกรม ศัพท์จิตวิทยา อักษร A-L ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาคการพิมพ์.
- รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. (2552). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ลาวัณย์ คู่หนอง, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และ เจริญ ชูโชติถาวร. (2554). ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(1), 40-48.
- วรัทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริติยวงศ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(1), 57-69.

- วรลักษณ์ ทองใบปราชญ์, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 72-84.
- วไลยพรณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 30-41.
- วิษชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 33-43.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2557). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิณ ยอดกุล และ จิตกนิษฐ์ ศรีจักร โคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2556). *รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สิริกัญญา ศิริสม, เจริญจิต แสงสุวรรณ, และ จิตกนิษฐ์ ศรีจักร โคตร. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8(2), 70-81.

- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2551). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2554). รายงานสถานการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (*Acute myocardial infarction, AMI*) และหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (*Ischemic and hemorrhagic strokes*) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2551-2553. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สุภาพ อริเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 3-16.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และ ภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชลี จิตะประะ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 2-13.
- Abubakar, S., Obiakor, R., Sabir, A., Iwuzuo, E., & Magaji, M. (2014). Depression in long-term stroke survivors. *Sub-Saharan African Journal of Medicine*, 1(3), 119-123.
- Adams, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh, E. r. (1993). Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke. Definitions for use in a Multicenter Clinical Trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35-41.

- Aguado Loi, C. X., Baldwin, J. A., McDermott, R. J., McMillan, S., Martinez Tyson, D., Yampolskaya, S., & VandeWeerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivorship. *Psycho Oncology*, 22(12), 2779-2788.
- Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V., & Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), 113.
- Altieri, M., Maestrini, I., Mercurio, A., Troisi, P., Sgarlata, E., Rea, V., . . . Lenzi, G. (2012). Depression after minor stroke: prevalence and predictors. *European Journal of Neurology*, 19(3), 517-521.
- American Psychiatric Association. (2015). *What Is Depression*. Retrieved November 9, 2015, from <http://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke the South London Stroke Register. *Stroke*, 42(7), 1907-1911.
- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(5), 355-361. doi: 10.1002/smi.2444
- Bonita, R., Mendis, S., Truelsen, T., Bogousslavsky, J., Toole, J., & Yatsu, F. (2004). The global stroke initiative. *The Lancet Neurology*, 3(7), 391-393.
- Brodsky, H., Pond, D., Kemp, N. M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K., & Huppert, F. A. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 530-534.
- Carota, A., & Bogousslavsky, J. (2012). Mood disorders after stroke. *Front Neurol Neurosci*, 30, 70-74.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Chau, J. P. C., Thompson, D. R., Chang, A. M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S. K., & Kwok, T. (2010). Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3042-3050.
- Chen, R.-L., Balami, J. S., Esiri, M. M., Chen, L.-K., & Buchan, A. M. (2010). Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidence. *Nature Reviews Neurology*, 6(5), 256-265.
- Coopersmith, S. (1981). *The Antecedent of Self-Esteem*. California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Corso, G., Bottacchi, E., Tosi, P., Caligiana, L., Lia, C., Veronese Morosini, M., & Dalmasso, P. (2014). Outcome predictors in first-ever ischemic stroke patients: a population-based study. *International Scholarly Research Notices*, 1-8. doi: 10.1155/2014/904647
- De Ryck, A., Brouns, R., Fransen, E., Geurden, M., Van Gestel, G., Wilssens, I., . . . Engelborghs, S. (2013). A prospective study on the prevalence and risk factors of poststroke depression. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 3(1), 1-3.
- De Ryck, A., Fransen, E., Brouns, R., Geurden, M., Peij, D., Mariën, P., . . . Engelborghs, S. (2014). Poststroke depression and its multifactorial nature: results from a prospective longitudinal study. *Journal of the Neurological Sciences*, 347(1), 159-166.
- De Wit, L., Putman, K., Baert, I., Lincoln, N. B., Angst, F., Beyens, H., . . . Dejaeger, E. (2008). Anxiety and depression in the first six months after stroke. A longitudinal multicentre study. *Disability and Rehabilitation*, 30(24), 1858-1866.
- Donovan, N. J., Daniels, S. K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. H. (2013). Dysphagia screening: state of the art invitational conference proceeding from the state-of-the-art nursing symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*, 44(4), e24-e31.
- Epifanov, Y., Dodel, R., Haacke, C., Schaeg, M., Schöffski, O., Hennerici, M., & Back, T. (2007). Costs of acute stroke care on regular neurological wards: a comparison with stroke unit setting. *Health Policy*, 81(2), 339-349.
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., & Jiménez Hernández, M. D. (2015). Post-stroke depression: an update. *Neurología (English Edition)*, 30(1), 23-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2012.06.006>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Franzén-Dahlin, A., Billing, E., Näsman, P., Mårtensson, B., Wredling, R., & Murray, V. (2006). Post-stroke depression effect on the life situation of the significant other. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 412-416.
- Friedman, Marilyn M. (1981). *Family nursing: theory and assessment*. Connecticut: Appleton-century-crofts.
- Fung, L. C. L., Lui, M. H., & Chau, J. P. (2006). Relationship between self-esteem and the occurrence of depression following a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 505-506. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01328.x
- Gajurel, B., Dhungana, K., Parajuli, P., Karn, R., Rajbhandari, R., Kafle, D., & Oli, K. (2014). The National Institute of Health Stroke Scale Score and Outcome in Acute Ischemic Stroke. *Journal of Institute of Medicine*, 36(3), 9-13.
- Gillen, G. (2006). Coping during inpatient stroke rehabilitation: An exploratory study. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 136-145.
- Gillespie, D., & Campbell, F. (2011). Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing Standard*, 26(2), 39-46.
- Glamcevski, M. T., & Pierson, J. (2005). Prevalence of and factors associated with poststroke depression: a Malaysian study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14(4), 157-161.
- Goldstein, L. B., Bushnell, C. D., Adams, R. J., Appel, L. J., Braun, L. T., Chaturvedi, S., . . . Hart, R. G. (2011). Guidelines for the primary prevention of stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42(2), 517-584.
- Haast, R. A., Gustafson, D. R., & Kiliaan, A. J. (2012). Sex differences in stroke. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 32(12), 2100-2107.

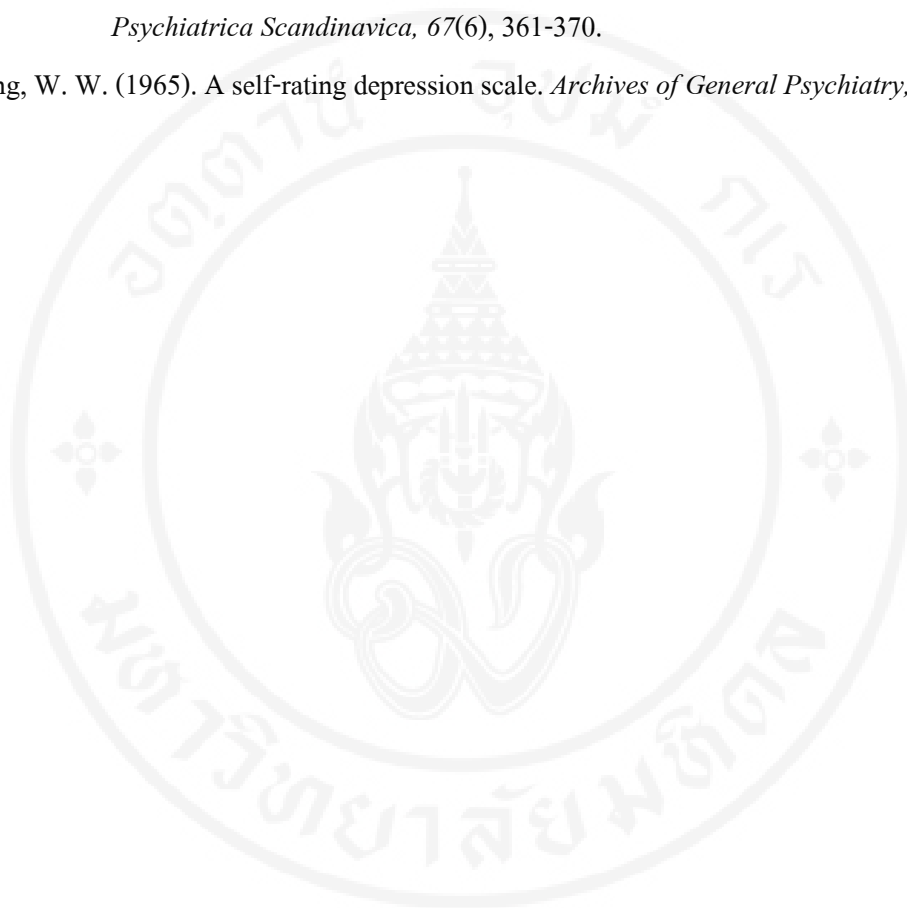
- Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328(1-2), 87-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2013.02.027>
- Huai Wu, Y., Chun Xue, W., Ning, Z., Ying, B., Yu Zhi, S., Yong, Z., . . . Yong Jun, W. (2012). Poststroke depression and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study. *PLOS ONE*, 7(10), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0046906
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, & O.L. Strickland (Eds.). *Measurement of nursing outcomes: Measurement client outcomes*. New York: Springer.
- Johnson, E. A. (2008). Factors associated with post-stroke depressive symptoms and quality of life. Retrieved October 2, 2015, from <http://search.proquest.com/docview/304632320?accountid=46528>
- Kessler, T. A. (1998). The cognitive appraisal of health scale: development and psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health*, 21(1), 73-82. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199802)21:1<73::aid-nur8>3.0.co;2-q
- Kongbunkiat, K., Kasemsap, N., Thepsuthammarat, K., Tiamkao, S., & Sawanyawisuth, K. (2015). National data on stroke outcomes in Thailand. *Journal of Clinical Neuroscience*, 22(3), 493-497. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2014.08.031>
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x
- Kouwenhoven, S. E., Gay, C. L., Bakken, L. N., & Lerdal, A. (2013). Depressive symptoms in acute stroke: A cross - sectional study of their association with sociodemographics and clinical factors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 658-677. doi: 10.1080/09602011.2013.801778
- Kumar, S., Selim, M. H., & Caplan, L. R. (2010). Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, 9(1), 105-118.
- Lam, S. C., Lee, L. Y. K., & To, K. W. (2010). Depressive symptoms among community-dwelling, post-stroke elders in Hong Kong. *International Nursing Review*, 57(2), 269-273. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00789.x

- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai depression inventory. *Journal-Medical Association of Thailand*, 82(12), 1200-1207.
- Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P., & Kuptniratsaikul, V. (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. *Medical Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(10), 1595-1602.
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relations of bright high-achieving and under-achieving high school boys. *Child Development*, 32(3), 501-510.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Howard, V. J. (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 131(4), e29-e535.
- Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurgery*, 76(6S), S85-S90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2011.07.023>
- National Stroke Association. (2015). *post-stroke-conditions*. Retrieved November 7, 2015, from <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/post-stroke-conditions/physical>
- Nidhinandana, S., Sithinamsuwan, P., Chinvarun, Y., Wongmek, W., Supakasem, S., & Suwantamee, J. (2010). Prevalence of poststroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(6), S60-S64.
- O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., . . . Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*, 376(9735), 112-123. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60834-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60834-3)
- Oladiji, J., Akinbo, S., Aina, O., & Aiyejusunle, C. (2009). Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 12(1), 47-51.

- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences, 45*(1), 28-33.
- Ovbiagele, B., Goldstein, L. B., Higashida, R. T., Howard, V. J., Johnston, S. C., Khavjou, O. A., . . . Sacco, R. L. (2013). Forecasting the future of stroke in the United States a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke, 44*(8), 2361- 2375.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2008). *Nursing Research* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, Princeton University Press.
- Schepers, V., Post, M., Visser-Meily, A., van de Port, I., Akhmouch, M., & Lindeman, E. (2009). Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*(11), 930-935.
- Shi, Y., Xiang, Y., Yang, Y., Zhang, N., Wang, S., Ungvari, G. S., . . . Zhao, X. (2015). Depression after minor stroke: prevalence and predictors. *Journal of Psychosomatic Research, 79*, 143-147. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.012
- Shida, J., Sugawara, K., Goto, J., & Sekito, Y. (2014). Relationship between self-esteem and living conditions among stroke survivors at home. *Japan Journal of Nursing Science, 11*(4), 229-240. doi: 10.1111/jjns.12024
- Sienkiewicz-Jarosz, H., Milewska, D., Bochyńska, A., Chęć, A., Dworek, N., Kasprzyk, K., . . . Zyluk, B. (2010). Predictors of depressive symptoms in patients with stroke—a three-month follow-up. *Neurologia i Neurochirurgia Polska, 44*(1), 13-20.
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Science*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate, Inc.
- Stroke Recovery Association Nsw. (2010). *Physical Effects*. Retrieved November 7, 2015, from <http://www.strokensw.org.au/after-a-stroke/physical-effects/>

- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., . . . Mitchell, P. H. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation*, 40(8), 2911-2944. doi: 10.1161/strokeaha.109.192362
- Sun, N., Li, Q.-J., Lv, D.-M., Man, J., Liu, X.-S., & Sun, M.-L. (2014). A Survey on 465 Patients With Post-Stroke Depression in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 368-371. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.007>
- Taylor-Piliae, R. E., Hepworth, J. T., & Coull, B. M. (2013). Predictors of depressive symptoms among community-dwelling stroke survivors. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(5), 460-467.
- Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V. J., Rumsfeld, J., Manolio, T., . . . Kittner, S. (2006). Heart disease and stroke statistics-2006 update a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 113(6), e85-e151.
- Thomas, S. A., & Lincoln, N. B. (2008). Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*, 39(4), 1240-1245.
- van de Port, I. G. L., Kwakkel, G., Bruin, M., & Lindeman, E. (2007). Determinants of depression in chronic stroke: A prospective cohort study. *Disability & Rehabilitation*, 29(5), 353-358. doi: 10.1080/09638280600787047
- van Mierlo, M. L., van Heugten, C. M., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2015). Psychological factors determine depressive symptomatology after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 1064-1070.
- Vickery, C. D., Sepehri, A., & Evans, C. C. (2008). Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clinical Rehabilitation*, 22(2), 179-187.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Vollman, M. W., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (2007). Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 125-130.

- Zhang, W.-N., Pan, Y.-H., Wang, X.-Y., & Zhao, Y. (2013). A prospective study of the incidence and correlated factors of post-stroke depression in china. *PLOS ONE*, 8(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0078981>.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ พญ.สุคตสabay จุลกทัพพะ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงเพชร เกษรสมุทร
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวพัชรา ลีอำไพ (นักจิตวิทยาการปรึกษา)
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสุพิศ สงไพรสน
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

การทดสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

1. ตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรทำนาย อาจจะเป็นข้อมูลชนิด Dichotomous (มีได้ 2 ค่า) หรือเป็นสเกลอันดับ (Interval Scale) และสเกลอัตราส่วน (Ratio Scale) ก็ได้
2. ทดสอบความถูกต้อง เหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก (Goodness of fit) โดย Hosmer and Lemeshow Test โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Chi-square ถ้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า model มีความเหมาะสมดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า Hosmer and Lemeshow Test $p = .765$ แสดงว่า model มีความเหมาะสม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Hosmer and Lemeshow Test

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	4.933	8	.765

3. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ทั้งนี้จะใช้เกณฑ์ความสัมพันธ์เหมือนกับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ซึ่งค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่จะต้องมีค่าไม่เกิน .80 ในการศึกษาครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .183 - .777 ซึ่งไม่เกิน .80 แสดงว่าไม่เกิด ปัญหา Multicollinearity ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Correlations

		self esteem	family relationship	threat	harm/ loss	challenge	benign	confrontive	emotive	palliative	depression
self esteem	Correlation Coefficient	1.000	.495**	-.402**	-.477**	.480**	.327**	-.048	-.495**	-.062	-.547**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.584	.000	.482	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
family relationship	Correlation Coefficient	.495**	1.000	-.222*	-.256**	.494**	.256**	.019	-.452**	.006	-.407**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.011	.003	.000	.003	.832	.000	.946	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
threat	Correlation Coefficient	-.402**	-.222*	1.000	.777**	-.499**	-.542**	-.095	.360**	-.043	.460**
	Sig. (2-tailed)	.000	.011	.	.000	.000	.000	.283	.000	.631	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
harm/ loss	Correlation Coefficient	-.477**	-.256**	.777**	1.000	-.563**	-.510**	-.120	.408**	.001	.505**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.	.000	.000	.175	.000	.991	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
challenge	Correlation Coefficient	.480**	.494**	-.499**	-.563**	1.000	.556**	.194*	-.327**	.133	-.447**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.000	.027	.000	.130	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
benign	Correlation Coefficient	.327**	.256**	-.542**	-.510**	.556**	1.000	.114	-.202*	.040	-.318**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.000	.000	.	.195	.021	.651	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
confrontive	Correlation Coefficient	-.048	.019	-.095	-.120	.194*	.114	1.000	.230**	.388**	-.178*
	Sig. (2-tailed)	.584	.832	.283	.175	.027	.195	.	.009	.000	.042
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
emotive	Correlation Coefficient	-.495**	-.452**	.360**	.408**	-.327**	-.202*	.230**	1.000	.183*	.393**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.021	.009	.	.038	.000
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
palliative	Correlation Coefficient	-.062	.006	-.043	.001	.133	.040	.388**	.183*	1.000	.030
	Sig. (2-tailed)	.482	.946	.631	.991	.130	.651	.000	.038	.	.735
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130
depression2	Correlation Coefficient	-.547**	-.407**	.460**	.505**	-.447**	-.318**	-.178*	.393**	.030	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.042	.000	.735	.
	N	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ภาคผนวก ค

เอกสารขออนุญาตนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขรับ ๐๒๑๖๒
วันที่ - 3 มี.ค. 2559
เวลา 10.36

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
2 ถนนวิภาวดี บางกอกน้อย กรุงเทพฯ
โทร.0 2419 8546 โทรสาร 0 2419 8769

ที่ ศธ 0517.07/ 3072
วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0517.05/03654 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2558

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวภัทราภาญจน์ วิลาทานัง รหัสนักศึกษา 5736815 NSAN/M นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทยของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล คุปต์นิริติชัยกุล บุคลากรสังกัดภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ความแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

○ สำเนาเรื่อง เรียน.....

เรื่องส่ง แล้วด้วยหนังสือ
(นางสาววิไล วรคุณพิเศษ)
เลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
5 มี.ค. 59

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทราบและดำเนินการได้

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
- 3 มี.ค. 2559

ส่งส่ง ○ สรรบรรณแก่นักบ และอาจารย์ และอาจารย์

สำเนา - ภาควิชา และอาจารย์

- งาน

Copyright by Mahidol University

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล

เลขที่ 13689

วันที่ 17 ส.ค. 2558

เวลา



ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๔๓๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ

อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๓๗.๐๕/๐๓๖๕๓ ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทามัง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนางสาวปราณี มิ่งขวัญ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

○ สำเนาเรื่อง เรียน.....

○ เรื่องส่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

ทราบและดำเนินการได้

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

17 ธ.ค. 2558

ส่งถึง ○ กรรมการสอบข้อเขียน

ส่งถึง ○ กรรมการสอบข้อปฏิบัติ

ส่งถึง ○ กรรมการสอบข้อเขียน

ส่งถึง ○ กรรมการสอบข้อปฏิบัติ

๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

พย.ม. 014

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
แบบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา

วันที่ 5 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ข้าพเจ้า นางสาวภัทราภาณจน์ นามสกุล วิชาทานัง

ตำแหน่ง นักศึกษาปริญญาโท

สังกัด ไม่มีสังกัด

กำลังทำวิจัยเรื่อง บัณฑิตที่มีอิทธิพลต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

1. ชื่อเครื่องมือวิจัย แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกคุณค่าแห่งตน
ของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)
2. ชื่อเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว
ของ อัญชลี ฐิตะประ (2536)
3. ชื่อเครื่องมือวิจัย แบบประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ
ของ ลาวินัย ตุ่นทอง (2554)

วัตถุประสงค์ในการขอใช้เครื่องมือ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ข้าพเจ้าจะระบุในผลงานวิทยานิพนธ์ / งานวิจัย ด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของหลักสูตร บัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หากมีการละเมิดเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ดำเนินการตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการการ

ขอใช้เครื่องมือวิจัย ชุดละ 100 บาท (.....) รวมทั้งสิ้น 300 บาท

เป็นเงิน 300 บาท (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ

หลักสูตรฯ ได้ตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้ตรวจ

วันที่ 19 พ.ย. 58

(ผู้ยื่นแบบขอใช้ ไปชำระเงินที่หน่วยการเงินห้อง 318 ชั้น 3)

หลักสูตรฯ ได้ตรวจสอบการออกใบเสร็จรับเงิน

จำนวน 300 บาท เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ผู้ตรวจ

วันที่ 19 พ.ย. 58

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยการเงิน

หน่วยการเงิน ได้รับเงินค่าบริการการขอใช้เครื่องมือวิจัย
เป็นเงิน 300 บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ 314 เลขที่ 5 ไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

วันที่ 19 พ.ย. 2558

สำหรับผู้ยื่นแบบขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงชื่อรับเอกสาร ผู้ตรวจ

วันที่ 19 พ.ย. 2558

หลักประกัน



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
เลขรับ 03885
วันที่ 26 เม.ย. 2559
เวลา

ที่ ศธ ๖๓๙๓ (อ.)๑/ วจ ๑๙/๒

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๑๐ ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๐ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง ยินดีให้ใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีที-ค็อก (ฉบับภาษาไทย) : ความตรงและความเที่ยง

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๘๗๔ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีที-ค็อก (ฉบับภาษาไทย) : ความตรงและความเที่ยง” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิรพันธ์ กริฟฟิส เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด” ของนางสาวภัทราภาณูจน์ วิลาห์นันท์

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่ขัดข้องและยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวตามที่เสนอขอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดทราบ

.....

☐ สำเนาเรื่อง เรียน.....

☒ เรื่องส่ง *นางอริยา วรคุณพิเศษ*

นางอริยา วรคุณพิเศษ

เลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

๑๖ เม.ย. ๕๙

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ)

รองคณบดีปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

จึงมี ☒ ตีประทับมอบคืน

วันที่

.....

ภาวกร ๒๓ เม.ย. ๕๙

งานบริหารวิจัยและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ ๐๕๓-๕๓๖๐๒๖, โทรสาร ๐๕๓-๕๓๖๐๔๒

ทราบและดำเนินการได้

[Signature]

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิริขันธ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

26 เม.ย. 2559

จาก: Terry Kessler <terry.kessler@valpo.edu>

ส่งแล้ว: พท. 19/11/2015 5:42

ถึง: ■ PATTARAKAN WITHATANANG;

คุณตอบเมื่อ 23/11/2015 0:11

 Action Items 

Hello Pattarakan,

Yes, you have my permission to use the instrument. I only ask that you share how the instrument performed in your work once you are completed. I am not clear from your email - do you already have a copy of the CAHS in Thai language? or do you need a copy and will have someone else do the translation.

Theresa Kessler

จาก: Anne Jalowiec <ajalowiec@yahoo.com>
ส่ง: 5 พฤศจิกายน 2558 6:35
ถึง: PATTARAKAN WITHATANANG
ชื่อเรื่อง: Re: Request permission to use research tool

Dear Ms Withatanang:

Thank you for your interest in the Jalowiec Coping Scale (JCS). Please note that there is a user's fee of \$75 (in US dollars) for permission to use the JCS, and to obtain the JCS packet of materials.

Along with a copy of the scale, the JCS packet contains the following materials: a description of the JCS, a list of which items belong to which subscales (for coding and scoring the instrument), directions for scoring the JCS, and reliability and validity data on the JCS.

Therefore, if you would like to use the JCS in your project, please send a check for \$75 (in US dollars) made out to my name (Anne Jalowiec) to the following address:

Dr Anne Jalowiec
346 North Deer Mountain Road
Florissant, Colorado 80816
USA

After I receive your check, I will email the JCS packet to you.

If you have any questions, please email me at: ajalowiec@yahoo.com.

Sincerely,
Dr Anne Jalowiec, RN, PhD

จาก: Anne Jalowiec <ajalowiec@yahoo.com>

ส่งแล้ว: พท. 3/12/2015 9:08

ถึง: ■ PATTARAKAN WITHATANANG;



JCS.pdf

57 กิโลไบต์



JCSDESCRIPTION.pdf

44 กิโลไบต์



JCSSUBSCALES.pdf

35 กิโลไบต์

✓ แสดงทั้งหมด สิ่งที่มา 5 รายการ (201 กิโลไบต์) ดาวน์โหลดทั้งหมด บันทึกทั้งหมดไปยัง OneDrive - Mahidol University

Dear Ms Withatanang:

Thank you for letting me know that your JCS check is on the way. I will let you know when I receive it.

Attached is the JCS packet as 5 pdf files.

Good luck with your thesis research project.

Dr Jalowiec

ภาคผนวก ง

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนรัชกาลินทร์ บางกะปิ กรุงเทพฯ 10700		โทร +66 2419 2667-72 โทรสาร +66 2411 0162
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
หมายเลข <u>Si308/2016</u>		
ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด		
รหัสโครงการ : 272/2559(EC2)		
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง / คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล		
สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารที่รับรอง :		
1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2. โครงร่างการวิจัย 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5. แบบสอบถาม 6. ประวัตินักวิจัย		
วันที่รับรอง : 4 พฤษภาคม 2559		
วันหมดอายุ : 3 พฤษภาคม 2560		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม _____ (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	<u>16 พ.ค. 2559</u> วันที่	
ลงนาม _____ (ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	<u>16 พ.ค. 2559</u> วันที่	
หน้า 1 / 2		
หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / พ.บ.57 / MO / 2667 / Mat. 10023253 / 3060		



โรงพยาบาลศิริราช
เลขที่ 023103
วันที่ 3 ธ.ค. 2559
เวลา 10-

งานวิจัย
เลขที่ 4432
วันที่ 0 ธ.ค. 2559
ผู้รับ 13.47

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

งานวิจัย สำนักงานคณบดี

2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0 2419 2680

ที่ ศธ 0517.07/ 8551

วันที่ 10 มิถุนายน 2559

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ผู้อำนวยการแผนก พย.ม. ศิริราช
1402
1200

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ 0517.05/00873 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2559

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทราภาญจน์ วิชาทานัง รหัสนักศึกษา 5736815 NSAN/M นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit) คลินิกโรคระบบประสาท และคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ น.ส.ภัทราภาญจน์ วิชาทานัง เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2559

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ให้: ผู้อำนวยการ
เพื่อโปรดทราบ 13 มิ.ย. 2559

ขอแสดงความนับถือ

รศ.ดร.นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
13 มิ.ย. 2559

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุทรเนืองวงศ์)
รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช
ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำเนาเรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

Copyright by Mahidol University



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
งานวิจัย สำนักงานคณบดี
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 2680

ที่ ศธ 0517.07/ **1495**

วันที่ **14** กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ (เพิ่มเติม)

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ 0517.05/00026 ลงวันที่ 9 มกราคม 2560

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรากาญจน์ วิชาทานัง รหัสนักศึกษา 5736815 NSAN/M นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit) คลินิกโรคระบบประสาท และคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2559 และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว โดยนักศึกษาได้ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล (เพิ่มเติม) ณ ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตึกศรีสังวาลย์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด" ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางสาวภัทรากาญจน์ วิชาทานัง เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง Approval of Amendment จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2559

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุวรณศิริ)

รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช

ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำเนาเรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์, หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู,
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ภาคผนวก จ
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวภัทราภาญจน์ วิลาทานัง
สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit) หอผู้ป่วยอัมพาต เหนือ ใต้ ชั้น
9 - 12 คลินิกโรคระบบประสาท คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ห้องตรวจโรค
อายุรศาสตร์ และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงาน -

หมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 091-738-7553

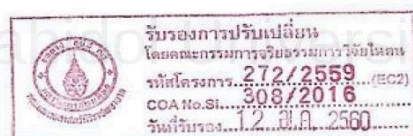
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัวในการวิจัย

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และให้การพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับคัดกรองแล้วมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยท่านจะได้รับการประชาสัมพันธ์จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ท่านทราบถึงโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธได้ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการดูแลรักษา และถ้าท่านตอบรับเข้าร่วมโครงการแล้ว จะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาล



จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 130 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 17 ข้อ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยขอทำการเก็บบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านจากแฟ้มประวัติของท่าน จากนั้นจะขอเก็บข้อมูลอีกครั้งในวันที่ท่านมาตรวจตามนัด

2. ในวันที่ท่านมาตรวจตามนัดผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 29 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที โดยจะแบ่งการตอบแบบสอบถามออกเป็นสองครั้งคือก่อนที่ท่านพบแพทย์ และหลังจากที่ท่านพบแพทย์แล้ว

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถาม ท่านอาจเกิดอาการอ่อนล้า หรืออาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัด ไม่สบายใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ นอกจากนี้ หากท่านรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่ท่านรอพบแพทย์ ท่านสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไข ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษา

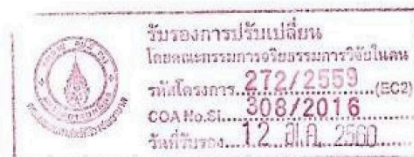
หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก็จะไม่ผลต่อการรับบริการ และการรักษาใดๆ ที่ท่านจะได้รับต่อไป ท่านจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาวกัฏฐาภรณ์ วิภาตวัน เบอร์โทรศัพท์ 091-738-7553 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ ผู้วิจัย นางสาวกัฏฐาภรณ์ วิภาตวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัย อาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ สำหรับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกสาขา เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังต่อไปนี้

1. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อลดภาวะซึมเศร้า



2. เป็นแนวทางในการวางแผนสร้างโปรแกรมการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายค่าสมัคร และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมี คณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการ และการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้รับไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 02-419-2667-72 โทรสาร 02-411-0162

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....



ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

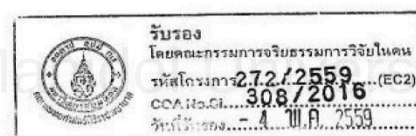
โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวภัทราภาณูจน์ วิภาทานัง ที่โทรศัพท์หมายเลข 091-738-7553 ติดต่อกับได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 02-419-2667-72 โทรสาร 02-411-0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



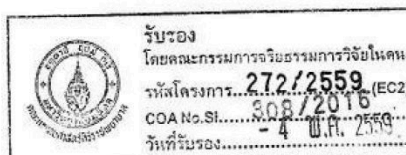
ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอด
แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรม
(.....) วันที่

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....) วันที่

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้
ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่า
ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่น ได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วม
วิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) วันที่



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GPCOG: The General Practitioner Assessment of Cognition มีจำนวน 9 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีจำนวน 136 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 29 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน 23 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด	จำนวน 36 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES-D	จำนวน 20 ข้อ

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย)

The General Practitioner Assessment of Cognition

ตอนที่ 1 แบบประเมินผู้ป่วย

ชื่อและที่อยู่ (การทดสอบการระลึกได้)

1. ฉันกำลังจะบอกชื่อและที่อยู่ให้กับคุณ หลังจากที่พูดไปแล้วฉันต้องการให้คุณพูดซ้ำตามที่ฉันพูด
ตอนนี้ให้จำชื่อและที่อยู่นี้ไว้ก่อน เพราะฉันกำลังจะขอให้คุณบอกฉันอีกครั้งในอีกไม่กี่นาทีนี้:
นายจันทร์ ดวงดี, บ้านเลขที่ 42, ถนนรอบเมือง, จังหวัดเชียงใหม่ (อนุญาตให้ผู้ถูกทดสอบลองพูด
สูงสุด 4 ครั้ง แต่ยังไม่จำเป็นต้องให้คะแนน)

การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Time Orientation)

2. วันนี้วันที่เท่าไร (ต้องตอบให้ถูกต้องเท่านั้น)

ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

☐☐

การวาดนาฬิกา (วัดความสามารถทางด้านสหสัมพันธ์ทางด้านสายตา)

(ให้ใช้กระดาษที่พิมพ์ที่เป็นรูปร่างกลม)

3. กรุณาใส่ตัวเลขบนหน้าปัดนาฬิกาเพื่อระบุเวลาเป็นชั่วโมง

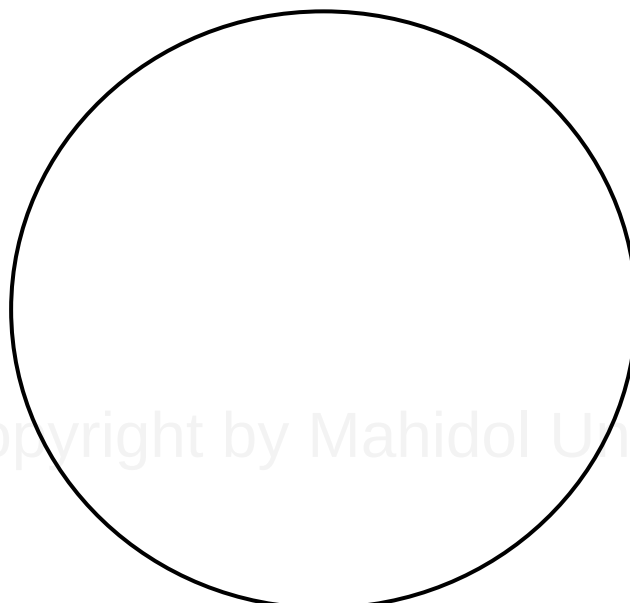
☐☐

(ควรเว้นระยะห่าง / ช่องว่างให้เหมาะสมด้วย)

4. ให้วาดเข็มนาฬิกาแสดงเวลาสิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาที (11.10)

☐☐

ลงในรูปร่างกลมที่เป็นหน้าปัดนาฬิกา



ข่าวสารข้อมูล (Information)

5. คุณสามารถบอกฉันเกี่ยวกับข่าวหรือเหตุการณ์ต่างๆ
ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่แล้วได้ไหม

ถูกต้อง☐**ไม่ถูกต้อง**☐**การระลึกได้ (Recall)**

6. ให้คุณบอกฉันเกี่ยวกับชื่อและที่อยู่ ที่ฉันบอกให้คุณจำไปเมื่อสักครู่นี้

ถูกต้อง☐**ไม่ถูกต้อง**☐

จันทร์

☐☐

ดวงดี

☐☐

42

☐☐

ถนนรอบเมือง

☐☐

เชียงใหม่

☐☐

(ให้รวมคะแนนข้อที่ถูกต้องทั้งหมด)

(คะแนนเต็ม 9) “ถูกต้อง” ได้ 1 คะแนน “ไม่ถูกต้อง” ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติความเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถาม และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างตามที่
เป็นจริงต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี เดือน
3. สถานภาพ
☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง
4. ศาสนา
☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท และมากกว่า
6. อาชีพ
☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
☐ ข้าราชการเกษียณอายุ ☐ เกษตรกร
☐ นักเรียน / นักศึกษา ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน
☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ ☐ เพียงพอ และเหลือเก็บ
8. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
☐ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคม
☐ ประกันชีวิต ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ
 บัตรทอง (บัตร 30 บาท)
☐ จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

9. สถานภาพในครอบครัว

☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว

10. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน คน

11. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลท่าน (ผู้ดูแลหลัก)

☐ เพศชาย ☐ เพศหญิง ได้แก่

☐ สามี / ภรรยา	☐ บิดา / มารดา
☐ บุตร	☐ หลาน
☐ พี่ / น้อง	☐ อื่นๆ โปรดระบุ

12. สถานที่กลับไปอยู่หลังออกจากโรงพยาบาล

☐ บ้าน ☐ ศูนย์ดูแลผู้ป่วย (Nursing home)

13. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

14. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

☐ รับประทานยา ☐ ทำกายภาพบำบัด

☐ รับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัด

15. ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

16. ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล วัน

17. ส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง

☐ แขน

☐ ด้านขวา	☐ ด้านซ้าย	☐ ทั้งสองด้าน
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

☐ ขา

☐ ด้านขวา	☐ ด้านซ้าย	☐ ทั้งสองด้าน
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

18. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน

18.1 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

☐ ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

☐ ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

☐ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

18.2 ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- ☐ ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้
- ☐ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง หรือช่วยพยุงเล็กน้อย
- ☐ ทำได้เอง

18.3 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- ☐ ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

18.4 การเข้าห้องน้ำ

- ☐ ช่วยตัวเองไม่ได้
- ☐ ทำเองได้บ้าง
- ☐ ช่วยตัวเองได้ดี

18.5 การอาบน้ำ

- ☐ ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- ☐ อาบน้ำได้เอง

18.6 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- ☐ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง
- ☐ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง
- ☐ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

18.7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ☐ ไม่สามารถทำได้
- ☐ ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ ขึ้นลงได้เอง

18.8 การสวมใส่เสื้อผ้า

- ☐ ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือนิดหน่อย
- ☐ ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ ช่วยตัวเองได้ดี

18.9 การกลืนอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ กลืนไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ กลืนได้ปกติ

18.10 การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ กลืนได้ปกติ



ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)

1. ตำแหน่งของพยาธิสภาพรอยโรคในสมอง

☐ ด้านซ้าย ☐ ด้านขวา

2. โรคร่วม

☐ ไม่มี☐ มี ได้แก่☐ ความดันโลหิตสูง☐ เบาหวาน☐ โรคหัวใจ☐ ไขมันในเลือดสูง☐ โรคไต☐ อื่นๆ ระบุ

3. ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง วัน

4. คะแนน NIHSS

- แกร็บ คะแนน

- วันที่เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย คะแนน

5. การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

☐ ได้รับ☐ ไม่ได้รับ

6. ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด	จำนวน	ความถี่การใช้ยา	วิธีการใช้ยา	เวลา
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่บ่งชี้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นจริงตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบ ถูกหรือผิดแต่อย่างใด

ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยๆ
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	ตลอด เวลา	บ่อย ๆ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
1. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3. ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคน ล้มเหลว				
:				
:				
:				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว อันได้แก่ พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อท่าน การที่สมาชิกในครอบครัวให้ท่านได้ร่วมในการกระทำสิ่งต่างๆ พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

จริงมากที่สุด	แสดงว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
จริงเป็นส่วนมาก	แสดงว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
จริงบ้างเล็กน้อย	แสดงว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านบ้างเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	แสดงว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็น ของท่านเลย

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงเป็นส่วนมาก	จริงบ้างเล็กน้อย	ไม่จริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวใช้คำพูด และการกระทำที่แสดงว่ารัก และห่วงใยข้าพเจ้า				
2. สมาชิกในครอบครัวแสดงความสนใจที่จะเข้ามาพูดคุยกับข้าพเจ้า				
3. ครอบครัวของข้าพเจ้ามีความรัก และความอบอุ่นอย่างเพียงพอ				
:				
:				
29. ครอบครัวเป็นที่ที่ให้ความสุขสบายแก่ข้าพเจ้า				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับแนวคิดของท่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน กรุณาอ่านคำถามให้ละเอียด เสร็จแล้วระบุว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงข้างล่างนี้ ในการตอบคำถามให้ ✓ ที่ตรงกับความเห็นของท่านที่ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันมากที่สุด

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	แสดงว่า	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	แสดงว่า	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	แสดงว่า	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	แสดงว่า	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยมากที่สุด	แสดงว่า	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
1. ฉันสามารถควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉันได้					
2. ภาวะสุขภาพในขณะนี้ไม่ได้ทำให้ฉันแย่ลง					
3. ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ฉันต้องการจะทำได้					
:					
:					
:					
23. ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวฉัน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง บุคคลมีปฏิกิริยาต่อความเครียดได้หลายแบบ บางคนใช้วิธีการควบคุมความเครียดโดยวิธีเดียว บางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายวิธี กรุณาเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามว่าท่านใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละข้อต่อไปนี้ บ่อยเพียงใด

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ประมาณ 1 - 3 ครั้งในหนึ่งเดือน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 1 - 2 ครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 3 - 4 ครั้ง
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เกือบทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบทุกครั้ง
1. กังวลใจ					
2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย					
3. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น					
:					
:					
:					
36. มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริง และดีที่สุด					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือก

ไม่เลย	แสดงว่า	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	แสดงว่า	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น 1 - 2 วันในหนึ่งสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	แสดงว่า	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น 3 - 4 วันในหนึ่งสัปดาห์
บ่อยครั้ง	แสดงว่า	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น 5 - 7 วันในหนึ่งสัปดาห์

ความรู้สึก	ไม่เลย	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
:				
:				
:				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง

วัน เดือน ปี เกิด

18 ตุลาคม พ.ศ. 2531

สถานที่เกิด

จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557 - 2560

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลผู้ใหญ่)

ที่อยู่ปัจจุบัน

97 - 99 ถ.เพชรบุรี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

10400

โทรศัพท์: 091 - 7387553

E-mail: pattarakan1988@gmail.com

ประวัติการทำงาน

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พ.ศ. 2554 - 2557