

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งพบได้มากในผู้ที่มีอายุสูงกว่า 50 ปี ถึงร้อยละ 78.7 (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยในต่างประเทศมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 600,000 รายต่อปี เป็นผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำประมาณ 180,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 23.08 โดยแบ่งตามสาเหตุได้ 2 ชนิด คือ พบโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) ร้อยละ 87 และเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ร้อยละ 13 (Summers, et al., 2009) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากโรคหัวใจ และมะเร็ง (American Heart Associate, 2009) สำหรับในประเทศไทยพบโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดประมาณ ร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 คือ ร้อยละ 24.66 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด โดยพบในเพศชายร้อยละ 57.6 และเพศหญิงร้อยละ 42.4 (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นจากหลอดเลือดสมองที่ตีบ หรือตัน ที่ทำให้เกิดเนื้อสมองตาย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะมีความพิการ หรือมีความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ พบได้ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตประมาณ 2 ใน 3 หรือประมาณ ร้อยละ 90 (Periard & Ames, 1993; Stroud et al., 2009) ซึ่งความพิการที่หลงเหลืออยู่จะมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก การสูญเสียประสาทสัมผัส มีความพร่องในการรับรู้ความรู้สึก ทั้งทางด้านความรู้สึกนึกคิด สูญเสียความจำ สื่อภาษาไม่ได้ การเคี้ยว และการกลืนอาหาร มีปัญหาการขับถ่าย เช่น ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ อุจจาระผิดปกติ เป็นต้น (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตั้งแต่พิการเล็กน้อย จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต โดยผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติทั้งบทบาท

ในครอบครัว และบทบาทในสังคม สูญเสียอาชีพ และความเป็นตัวของตัวเอง (สฤติริ หิรัญขุนหะ, 2541; Whyte & Mulsant, 2002) ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องเปลี่ยนมารับบทบาทใหม่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรืออาจจะต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลแทนสมาชิกในครอบครัว (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549)

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหลังการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำรงบทบาทหน้าที่ได้อย่างปกติ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา โดยในระยะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล มีความกลัวความพิการ กลัวทรมาณ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระกับครอบครัว รู้สึกสูญเสียอำนาจ และการควบคุมตนเอง ซึ่งหากสภาวะอารมณ์ดังกล่าวคงอยู่เป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลต่อพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ทำให้รู้สึกผิดหวังในชีวิต ท้อแท้ สูญเสียความพึงพอใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Moon, Kim, Kim, Won, & Kim, 2004)

ภาวะซึมเศร้าเป็น ภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้า หดหู่ หดหวัง ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง ไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและหน้าที่ทางสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Mathew et al., 2004) ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านอัตมโนทัศน์ โดยเฉพาะอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเดิมได้ ส่งผลต่อความรู้สึกต่อตนเองเกิดความไม่สมดุล และความผิดปกติทางจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ร้อยละ 30 ต่อปี (Williams, Ghose, Swindle, 2004) โดยพบว่าในระยะ 2-4 สัปดาห์หลังการเจ็บป่วยจะพบภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางร้อยละ 25-46 และพบในระดับรุนแรงร้อยละ 6-37 (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Caerio, Ferro, Santos, & Figueira, 2006; Thomus & Lincoln, 2008) นอกจากนี้อุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนถึง 6 เดือนพบได้ ร้อยละ 25-75 โดยมีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ปานกลาง ถึงระดับรุนแรง (Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006; Nys, Zandvoort, Worp, Haan, & Kort, 2005; Thomus & Lincoln, 2008) และพบได้ลดลงในระยะ 12 เดือน คือร้อยละ 16-42 อย่างไรก็ตาม สามารถพบภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 19 ในระยะ 2 ปี หลังการเจ็บป่วย (Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993; Berker-Collo, 2007; Kauhanen et al., 1999; Zavoreo, Basic-Kes, Bosnar-Puretic, & Demarin, 2009)

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 3 ด้านด้วยกัน คือ ผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และระบบสุขภาพ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีการฟื้นคืนสภาพของความรู้สึกรู้สึกผิดที่ลดลง ซึ่งมีผลต่อการฟื้นคืนสภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Kanner & Barry, 2003) โดยผู้ป่วยอาจไม่สนใจดูแลตนเอง ปฏิเสธการรักษา ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพลดน้อยกว่าขณะนอนโรงพยาบาล ( $p < .05$ ) แต่ถ้ามีการจัดการการดูแลที่ดี ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้นได้ประมาณร้อยละ 30 (Nannetti, Paci, Pasquini, Lombardi, & Taiti, 2005; Weg, Kuik, & Lankhorst, 1999) ซึ่งโดยทั่วไปการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีการฟื้นคืนตัวของกล้ามเนื้อแขนและขาในระยะ 1-3 เดือนแรกอย่างรวดเร็ว และจะฟื้นฟูได้อย่างสูงสุดในระยะ 3-6 เดือนหลังการเจ็บป่วย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; พรชัย สติธิปัญญา, 2551; Salbach, Mayo, Hanley, Richards, & Dauphinee, 2006) ถ้าการฟื้นฟูสภาพใช้เวลานานขึ้น ซึ่งอาจจะเกินกว่า 2 ปี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ การติดเชื้อ ผู้ป่วยกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะรุนแรงยิ่งขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Kanner & Barry, 2003) และผู้ป่วยอาจมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งพบได้ร้อยละ 14 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงกว่าร้อยละ 50 ในระยะเวลา 1 ปีหลังการเจ็บป่วย (Ellis, Zhao, & Egede, 2010; Hadidi, Treat-Jacobson, & Lindquist, 2009; Santos et al., 2009; Whyte & Mulsant, 2002)

นอกจากนี้ยังพบผลกระทบต่อผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวโดยพบว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ซึ่งผลจากงานวิจัย พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะพบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 12 (Suh et al., 2005) สำหรับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ จะพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น และมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี และ 3 ปี เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (Nuyen, Spreewenber, Groenewegen, & Schellevis, 2008) ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นถึง 43 ล้านดอลลาร์สหรัฐในแต่ละปี (Hadidi et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัย ซึ่งส่วนใหญ่ทำการศึกษาผู้ป่วยในระยะ 6

เดือนขึ้นไป มากกว่าที่จะศึกษาในระยะ 3 เดือน หลังการเจ็บป่วย และเมื่อพิจารณาตามแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แก่ อายุ ( $\chi^2 = 9.45, p < .05$ ) (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ โรคร่วม ตำแหน่งของรอยโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ( $R^2 = .24 - .55, p < .05$ ) (Thomus & Lincoln, 2008) ความรุนแรงของโรค และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $R^2 = .45, p < .05$ ) (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นอัมพาต ซึ่งมีผลต่อกระบวนการคิดรู้และรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวทั้งในด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านพึงพาอาศัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัว หรือมีการแสดงออกทางพฤติกรรมแตกต่างกัน อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Roy, 2009) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้แก่ เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และนำตัวแปรดังกล่าวมาเป็นตัวแปรในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะ 3 เดือน หลังเจ็บป่วย โดยมีข้อมูลสนับสนุนในการเลือกปัจจัยต่าง ๆ มาศึกษาดังนี้

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง แต่ผลจากการศึกษาบางเรื่องพบว่าภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงพบได้มากกว่าเพศชาย โดยปัจจัยด้านเพศสามารถร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ในการทำนายภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ( $R^2 = .48, p < .05$ ) (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548) แต่กระนั้นก็มีบางการศึกษาที่พบว่าเพศไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (Barker-Collo, 2007; Caerio et al., 2006; Kauhanen et al., 1999; Nys et al., 2005) ซึ่งอธิบายได้ว่าเพศชายมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อไม่สามารถปฏิบัติงานได้เช่นเดิม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกในด้านลบต่อตนเอง สำหรับเพศหญิงนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายจะส่งผลต่อความรู้สึกด้านอัตมโนทัศน์ รู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองไปในด้านลบ และเพศหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าเพศชาย ส่งผลกระทบต่อการปรับตัว และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546; Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008)

โรคร่วม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนนัก นอกจากนี้โรคร่วมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วย (พรชัย สติธิปัญญา, 2551) ดังนั้นอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะเคลื่อนไหวหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะแรก (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์, 2550) ส่งผลทำให้การฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ

เมื่อไม่ดีขึ้นในระยะแรก ผู้ป่วยปรับตัวได้ช้าลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าโรคทางระบบการไหลเวียนโลหิต และหลอดเลือด สนับสนุนการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน (Appelros & Viitanen, 2004; Joynt, Whellan, & O'Connor, 2003; Masskulpan et al., 2008)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีการพึ่งพาผู้อื่นที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง สูญเสียบทบาทหน้าที่ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น (Altindag, Soran, Demirkol, & Ozkul, 2008; Barker-Collo, 2007; Caerio et al., 2006; Kauhanen et al., 1999) โดยพบว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 เดือน ได้ร้อยละ 24 ( $p < .001$ ) และมากขึ้นในระยะ 6 เดือน ( $R^2 = .55, p < .001$ ) (Thomas & Lincoln, 2008) เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยต้องปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัย การดำรงบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจและมีความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยให้ช้าลง และขาดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Wang, 2004)

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่มีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 45 ( $p < .05$ ) (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนจากการได้รับความเอื้ออาทร ห่วงใย ได้รับความเข้าใจ เอาใจใส่จากสังคม และได้รับความรักความผูกพันจากครอบครัว ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความว้าเหว ทำให้เกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจมั่นใจที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ทำให้การฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ศิวัชกานต์ แก้วแดง, 2548; Schaefer, Coyen, & Lazarus, 1987)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมามีทั้งข้อขัดแย้งกัน จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยดังกล่าวมีทั้งสอดคล้องและขัดแย้งกัน และการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพหลัง 6 เดือน แต่การศึกษาผู้ป่วยในระยะแรกหลังจำหน่าย 3 เดือนยังพบน้อย ซึ่งจากสถิติที่ผ่านมาพบภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ซึ่งหากสามารถประเมินพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้เร็วขึ้น จะช่วยให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้เร็วมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะ 1 เดือน และระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งพบการศึกษาในระยะดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยมาก โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม โดยจะทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่สังกัดอยู่ในเขตภาคกลางตอนล่าง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบว่าอัตราป่วยในเขตภาคกลางทั้งหมดตั้งแต่ปี 2546, 2548, 2550 คือ 192, 238, 262 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยน่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ ได้ทราบปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน แรกหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้แก่ เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้
  - 1.1 เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
  - 1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

1.3 โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

2. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ โรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันคือ ก่อนจำหน่าย ระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 77 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2554

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก และแพทย์มีคำสั่งอนุญาตให้กลับบ้านได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือตนเอง การควบคุมการขับถ่าย การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนที่ และการสื่อสาร ความหมาย ประเมินโดยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ขวดี เข้มวงษ์ (2538)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งครอบครัว เพื่อน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพครอบคลุมใน 4 ด้านคือ ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรด้านการประเมิน

1. ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ระบายความคับข้องใจต่าง ๆ

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเช่น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ

3. ด้านทรัพยากร หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุสิ่งของ การให้เวลา เงิน และการบริการต่าง ๆ

4. ด้านการประเมิน หมายถึง การช่วยเหลือที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับผู้อื่น เป็นการให้การยอมรับและเห็นด้วยในความคิดและการกระทำที่ถูกต้อง

ประเมินโดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแปลและดัดแปลงโดย สายนาท พลไชโย (2543) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้า หดหู่ หมดหวัง ไม่มีแรงจูงใจในตนเอง ไม่มีอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและหน้าที่ทางสังคม ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไปจัดว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

โรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ก่อนการเจ็บป่วย โดยไม่นับรวมโรคที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดย Roy (2009) กล่าวว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวมที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างแยกกันไม่ออก การปรับตัวของบุคคลนั้นจะเริ่มขึ้นเมื่อมีสิ่งนำเข้า (Input) ซึ่งเรียกว่าสิ่งเร้า (Stimuli) อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลมีด้วยกัน 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่เกิดจากทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบโดยตรง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทันที สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) คือสิ่งเร้าอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรงและมีผลกระทบต่อบุคคล สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) คือสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อบุคคลไม่มากนัก

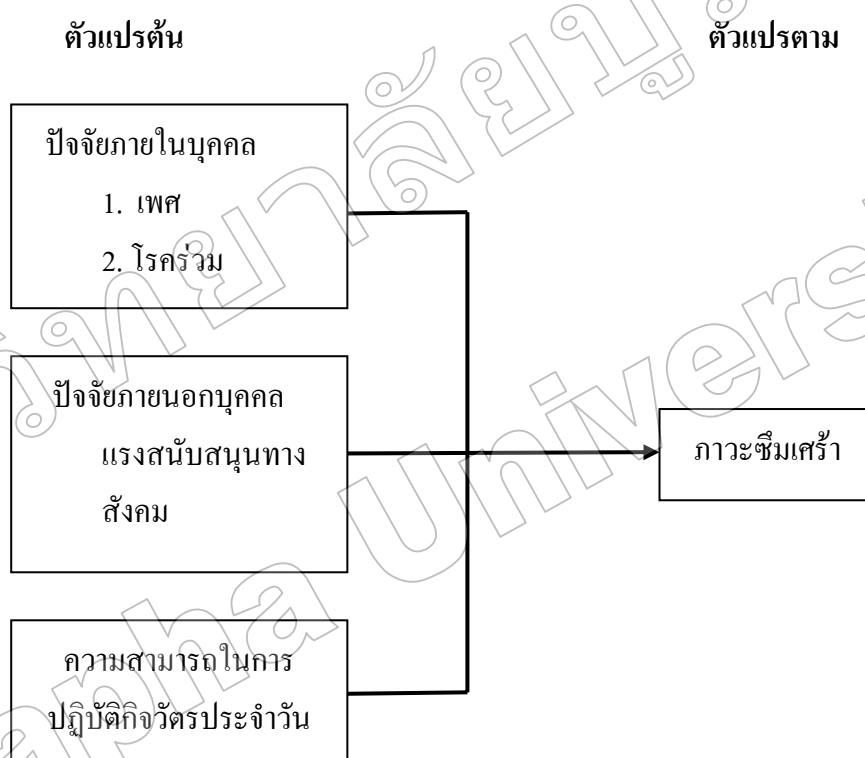
ดังนั้นเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคลทำให้บุคคลต้องอาศัยกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping Process) โดยอาศัยกลไกกระบวนการควบคุม (Regulator Subsystem) ซึ่งเป็นการ

ตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ทันรู้สึกตัว และกระบวนการคิดรู้ (Cognator Subsystem) ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม และอาศัยกระบวนการรับรู้ (Perceptual and Information Processing) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Judgment) และอารมณ์ (Emotion) โดยที่กระบวนการทำงานจะสัมพันธ์และควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดการปรับตัวใน 4 รูปแบบด้วยกัน คือการปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic/ Physical Model) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self- concept) เป็นการปรับตัวด้านความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีเกี่ยวกับตนเอง เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role- function) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงในด้านสังคม กระทำโดยปฏิภิกิริยาสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่น และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการยอมรับนับถือ และมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารที่ดีต่อกัน ความสำเร็จของการปรับตัวจะแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เรียกว่า สิ่งนำออก (Output) สองประการด้วยกันคือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive Response) หรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Response) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบต่อไปได้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งถือเป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงต่าง ๆ โดยพฤติกรรมการแสดงออกของการปรับตัว หรือสิ่งนำออกที่สามารถพบได้ คือ การเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept Mode) โดยเฉพาะอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) คือเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเดิมได้ ทำให้ส่งผลต่อความรู้สึกต่อตนเองก่อให้เกิดความไม่สมดุลและความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Self-esteem) ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวระยะเวลาที่นาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลย้อนกลับ และเป็นอุปสรรคขัดขวางการปรับตัวของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านบทบาทหน้าที่ ด้านพึ่งพาอาศัยกัน ด้านร่างกาย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวส่วนอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด แบ่งได้เป็นทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ และโรคร่วม ถือเป็นสิ่งเร้าร่วม การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่เร้าตรง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย และปัจจัย

ภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นการปรับตัวด้านพึงพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเป็นแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวอย่างเหมาะสม และภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ดังกล่าวถือเป็นสิ่งนำออกตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยเหล่านี้จะสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ ดังนั้น กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย