



แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

THE CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CAREGIVER IN DEPRESSION
SURVEILLANCE OF POST STROKE AGING IN COMMUNITY

โดย

นางสาวรณช ทองไทย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2555

การศึกษาอิสระ

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น
โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

The Clinical Nursing Practice Guideline for Caregiver
in Depression Surveillance of Post Stroke Aging in Community

ชื่อนักศึกษา

นางสาววรรณช ทองไทย

รหัสประจำตัว

514053

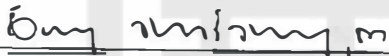
สาขาวิชา

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

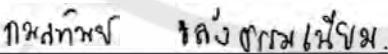
ปีการศึกษา

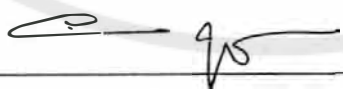
2555

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้
การศึกษาอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2555

 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์อัสยา จันทรวินยานุชิต)

คณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ

 กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม)

 กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย)

 กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล)

การศึกษานิพนธ์	แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า The Clinical Nursing Practice Guideline for Caregiver in Depression Surveillance of Post Stroke Aging in Community
ชื่อนักศึกษา	นางสาววรรณุช ทองไทย
รหัสประจำตัว	514053
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ตามรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยใช้ 2 ขั้นตอนแรกจาก 4 ขั้นตอน คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษาและทบทวน และสืบค้นหลักฐาน และใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยระดับความน่าเชื่อถือได้ของเมลนิก (2004) และเมลนิก และไฟเอท์-โอเวอร์โฮลท์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) โดยกำหนดคำสำคัญ และสืบค้นคำสำคัญจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, PUBMED, Science Direct และ CMU e-Theses ได้งานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1999 – 2012 ที่ตรงประเด็นจำนวน 21 เรื่อง ประกอบด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 1 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่ม 1 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง การศึกษาสหสัมพันธ์ 2 เรื่อง การศึกษาภาคตัดขวาง 2 เรื่อง การศึกษาเชิงคุณภาพ / พรรณนา 9 เรื่องงานวิจัยเชิงสำรวจ 2 เรื่อง จากนั้นวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) การประเมินศักยภาพของผู้ดูแล เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และความรู้ของผู้ดูแล 2) การแบ่งระดับตามศักยภาพ และความรู้ของผู้ดูแล 3) การเชื่อมบ้านเพื่อการพัฒนาผู้ดูแลตามระดับความรู้ และศักยภาพที่ประเมินได้ 4) การประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน PHQ-9 และ 5) กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค

หลอดเลือดสมอง กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้อาการ และอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวัง การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ควรสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลมีทักษะที่ปฏิบัติได้จริง มีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องทดลองใช้แนวปฏิบัติจริงก่อนเผยแพร่ และพัฒนาต้นแบบผู้ดูแลเพื่อการขยายผล

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ดูแล, การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า



Independent Study	The Clinical Nursing Practice Guideline for Caregiver in Depression Surveillance of Post Stroke Aging in Community
By	Miss Woranuch Thongthai
Identification No.	514053
Degree	Master of Nursing Science (M.N.S.)
Major	Community Nurse Practitioner
Academic Year	2012

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for caregiver in depression surveillance of post stroke aging in community, Bann Nong Yang Health Promoting Hospital Ladyao District , Nakorn Sawan Province. The Evidence Based Practice Model of the High Nursing Practice Center of Nebraska , USA was employed to be guideline. The established process, modified from research utilization model of Melnyk (2004) and Melnyk & Fineout - Overholt(2005) , were 2 from 4 steps. Key words were specially determined and searched from Huachiew Chalermprakiet University Library , PUBMED, Science Direct and CMU e-Theses between the years 1999 – 2012. The twenty-one literatures were related and consisted of one systematic review, one randomized controlled trials, one controlled trial without randomized, four quasi-experimental studies, two correlation studies two cross-sectional studies , nine descriptive / qualitative researches and two survey researches. Most of them were determined on reliability of evidences, analysed and synthesized for developing to be CNPG.

The CNPG for caregiver in depression surveillance of post stroke aging in community consisted 4 parts. First, the caregiver's competency assessment which composed of individual characteristics and knowledge. Second, the caregiver's competency levels. Third, home visit for developing caregiver's capacity. Fourth, the aging depression assessment by PHQ-9. And, finally, the nursing activities which consisted of home visit, health education , especially sign and symptom indicated to depression , follow-up by telephone.

caring the elderly with stroke ,health personal should follow to ensure the caregiver's capabilities and develop role model.

Key Words: Stroke Aging, Caregiver, Depression Surveillance.



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งได้แก่ อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย โดยให้คำแนะนำ ติดตาม ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องจนสำเร็จลุล่วง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล คณะกรรมการสอบที่ให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขจนได้มาซึ่งการศึกษานิพนธ์อย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย รวมทั้งอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาอันมีค่ายิ่ง ทำให้การศึกษานิพนธ์ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้เรียนมาสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อน ๆ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์ในการศึกษานี้

วรรณช ทองไทย

สารบัญ

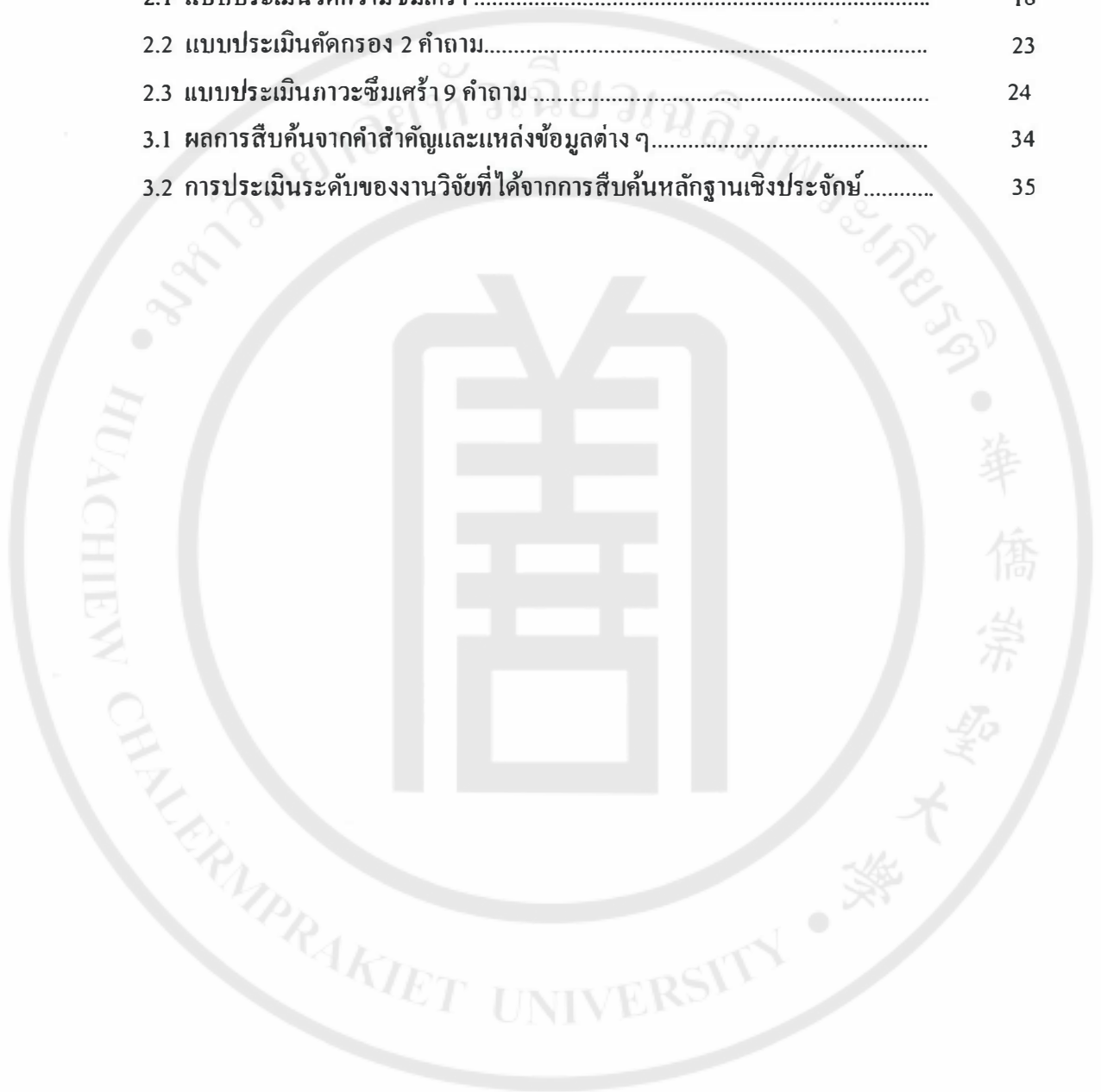
	หน้า
บทคัดย่อ.....	(1)
Abstract.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
สารบัญตาราง.....	(8)
สารบัญแผนภูมิ.....	(9)
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา.....	5
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	5
1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. การทบทวนวรรณกรรม	
2.1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	8
2.2. ภาวะซึมเศร้าของโรคหลอดเลือดสมอง.....	10
2.3. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า..	20
2.4. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	22
2.5. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า.....	25
2.6 รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	27
3. วิธีดำเนินการศึกษา	
3.1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา	31
3.2 ระยะเวลาทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการศึกษา	
4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์.....	38
4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์.....	47
5. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	50
5.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	52
5.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา.....	53
5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	54
บรรณานุกรม.....	55
ภาคผนวก	
ผนวก ก. ตารางสกิดงานวิจัย.....	60
ผนวก ข. แบบประเมินความรู้และศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า.....	124
ผนวก ค. คู่มือการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง.....	125
ประวัติผู้เขียน.....	129

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แบบประเมินวัดความซึมเศร้า	18
2.2 แบบประเมินคัดกรอง 2 คำถาม.....	23
2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม	24
3.1 ผลการสืบค้นจากคำสำคัญและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ.....	34
3.2 การประเมินระดับของงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์.....	35



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	30
4.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	49



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease : Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง กล่าวคือ อาจมีการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดเหล่านี้ทำให้สมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไป และหยุดสั่งงานจึงทำให้เกิดอัมพาตของร่างกายส่วนนั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2551 : 628) ใน พ.ศ. 2549 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน และคาดว่าในปี 2558 จะเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคน (World Stroke Organization. 2009 cited in WHO. 2009) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราความชุกเท่ากับ 77.4 รายต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยทั้งหมด (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2550) และจากการศึกษา ปี 2544-2546 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของอัมพาตถึง ร้อยละ 18.2, 21.4, 27.7 (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2546 : 80) ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมตามมาถึงร้อยละ 30 เมื่อติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง ร้อยละ 25 ที่ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (American Stroke Association. 2003 : 15-17) เมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังคงเหลือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ร้อยละ 10 ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ และอีกร้อยละ 10 หายเป็นปกติได้ (สุชจันทร์ พงษ์ประไพ. 1997 อ้างถึงใน อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2552)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก ในรายที่รุนแรงอาจส่งผลให้ไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยมีการสูญเสียด้านความคิด ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ ความจำเสื่อม อารมณ์แปรปรวน (Hay & Fisher อ้างถึงใน ประทีป ปัญญา. 2551) นอกจากนี้การไม่สามารถดูแลตนเองได้ทำให้ผู้ป่วยเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Miller อ้างถึงใน ประทีป ปัญญา. 2551) จากการศึกษาของ แจนดัส และคณะ (Santas. Et al. 1990 อ้างถึงใน ประทีป ปัญญา. 2551) ได้ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มา 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะสัมพันธ์กับการสูญเสียความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งผลกระทบด้านจิตสังคมยังส่งผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ลดความอยากอาหาร ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อร่างกายด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หดแรงแรง และเบื่อหน่าย เป็นต้น

จากภาวะดังกล่าวข้างต้นประกอบกับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ หรือไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Hackett ML, Anderson CS. 2005 ; 36 : 2296-301 อ้างถึงใน Chophaka Suttupong, Sirion Sindhu. 2012) จากการศึกษาของ Whyte E, Mulsant B. (2002 : 52, 253-264 อ้างถึงใน Johan Lekk, Ahmad Delbari. 2010) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และเฉลี่ยอยู่ที่ 73 ปี หากปล่อยไว้จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Johan Lekk, Ahmad Delbari. 2010) เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ร่างกายที่เสื่อมลง ปัญหาสุขภาพ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเกิดความพิการ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นต้น หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ก็อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (อรสา ไชยทอง และ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. 2554)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจาก 1) การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงสมอง ส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาททำให้เกิดความเสียหายที่ทางผ่านของสารสื่อประสาท ชื่อ แคเทคโคลามีน (Catecholamine) การลดหลั่นสารสื่อประสาทส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) จากการพร่อง สารประกอบเอมีน (Amines Biogenic) ทำให้เกิดการหยุดชะงักของวงจรสารสื่อประสาท หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Johan Lekk, Ahmad Delbari. 2010) มีข้อสมมติฐานว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการพร่อง Amines Biogenic และ Cytokine ในสมอง (Santos et al. 2010) นอกจากนี้ 3) ความพิการ การพร่องความสามารถในการทำงานและขาดความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญ (Johan Lekk, Ahmad Delbari. 2010)

การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าควรมีการคัดกรองอย่างจริงจัง ซึ่งในประเทศไทยมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เช่น มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ได้ทำการพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ฉบับภาษาไทยเพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) หรือแบบประเมิน PHQ-9 (Personal Health Questionnaire) ซึ่งใช้เกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) ในการสร้างข้อคำถาม ทั้ง 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมี

มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ. 2554) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ภาพันธ์ เจริญสวรรค์ ที่ใช้แบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย พบว่า ผู้ป่วย 44 จากจำนวน 108 ราย มีค่าคะแนน CES-D มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดซึ่งคิดเป็นค่าความชุกร้อยละ 40.7 และพบว่าเพศเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยเพศหญิงมีคะแนนมากกว่าเพศชาย (24.4 ± 14.2 , 16.2 ± 9.6) ส่วนปัจจัยอื่นที่มีค่าคะแนนความซึมเศร้ามาก่อนข้างสูงได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 20 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ 1,001-5,000 บาท อาชีพรับจ้างทั่วไป และพบว่าภาวะซึมเศร้ามักพบร่วมกับโรคที่ก่อให้เกิดความพิการทางกาย ดังนั้น การให้การวินิจฉัย และรักษาดังแต่ต้นจึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

นอกจากมีการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและดูแลไม่ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา (นิพนธ์ พงวรินทร์. 2544 : 740-741) ซึ่งผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในทางกฎหมายหรือทางสายเลือดโดยเฉพาะคู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (Grant, Elliot, Weaver, Bartolucci, & Giger. 2002 ; Mathew, Dunbar-Jacob, Serieka, Schulz & McDowell. 2004) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (May. 1993) ทั้งในเรื่องของการดูแลกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังหรือลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gorecki C, et al. 2009 อ้างถึงใน Chophaka Suttupong, Sirion Sindhu. 2012) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 106 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้งด้านอารมณ์และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกครอบครัวเพื่อนบ้านและบริการด้านสุขภาพจากทีมสุขภาพมีส่วนช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Li SC, et al. 2003 อ้างถึงใน Chophaka Suttupong and Sirion Sindhu. 2012) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความชัดเจนในบทบาทดังที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุน และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และอารมณ์ซึมเศร้าให้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ

ประสบการณ์ ความรู้ และทักษะของผู้ดูแล ถ้าสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้จะสามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำงานด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 13 ราย จากการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคเรื้อรังปีละ 1 ครั้ง โดยพยาบาล และ อสม. ด้วยแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิตแบบ 2 คำถาม และ 9 คำถามซึ่งอ้างอิง DSM 4 ในปีงบประมาณ 2553 พบผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 7 ราย พยาบาลได้มีการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านทุกเดือน และไม่พบภาวะการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ในปี 2554 จากการคัดกรองไม่พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจึงไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งป่วยมา 6 ปี พยายามอดอาหารเพื่อฆ่าตัวตายและเสียชีวิตในเวลาต่อมาจำนวน 1 ราย และในปี 2555 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งป่วยมา 6 เดือน ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการดื่มน้ำยาทำความสะอาด 1 ราย ซึ่งทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ และอยู่ในความดูแลของบุตรชาย และบุตรสาว จากสถิติดังกล่าวทำให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าอันจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ทุกช่วง

การดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง ได้ยึดตามกรอบการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรงในช่วง 6 เดือนแรกปีละ 1 ครั้งเท่านั้น และเมื่อเป็นในกรณีที่พบการเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาต่อไปแต่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอาจเกิดได้ทุกระยะ ดังนั้นการประเมินการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าครั้งละ 1 ปี จึงไม่สามารถให้การดูแลได้ครอบคลุม และยังไม่มีความปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ศึกษาในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยางในมีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน จึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนงานวิจัย เอกสารวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้อง และทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ออกมาเป็นแนวปฏิบัติการสำหรับผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยการนำความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549 : 57-59) โดยทำการศึกษาใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence-Trigger Phase) และขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Evidence-supported Phase) เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ได้ ทั้งนี้ระยะเวลาในการศึกษาดังแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2555

1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยประจำอยู่ในตำบลบ้านหนองยางทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบ อุดตัน หรือแตก ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของแขนขา อาจเป็นชนิดชั่วคราวหรือถาวรก็ได้เช่นอัมพาตครึ่งตัว (Paraplegia) อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) อัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia) หรืออวัยวะภายนอกอื่น ๆ เช่น ใบหน้า
2. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกลึ้มเศร้า ความเศร้าโศก หดหนทาง และหมดหวังโดยทำการวินิจฉัยตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM 4)
3. ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลัก และรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร หลาน สะใภ้ และอื่น ๆ

4. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า หมายถึง การสังเกตคำพูด และพฤติกรรมอาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า หมายถึง แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. 2549 : 57-59) โดยทำการศึกษาใน 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ตั้งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence-Trigger Phase) และขั้นตอนที่ 2 ระยะการทบทวน และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Evidence-Supported Phase)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า
3. ได้ค้นแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาดารุ เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ภาวะซึมเศร้าของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 พยาธิสภาพของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2.3 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

2.4 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

2.6 รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease : Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง กล่าวคือ อาจมีการแตก ตีบ หรือตัน ของหลอดเลือดเหล่านี้ทำให้สมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไป และหยุดทำงานจึงทำให้เกิดอัมพาตของร่างกายส่วนนั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2551 : 628) มีความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้

2.1.1 ระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากอุบัติเหตุ และมะเร็ง และแนวโน้มของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547 มีรายงานคนไทยทั่วประเทศป่วยจากโรคนี้ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 94,567 ราย และมากที่สุดที่จังหวัดนครสวรรค์ 3,427 ราย (จิตาภา สุทธิพงษ์. 2555 : 38)

โดยส่วนมากพบเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแบบหลอดเลือดตีบตัน (Ischemic Stroke) ถึงร้อยละ 83 มีเลือดออกและหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ร้อยละ 17 (Brownman. 2005 อ้างถึงใน จิตาภา สุทธิพงษ์. 2555 : 38)

2.1.2 สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2551)

1. สมองขาดเลือดจากการอุดตัน (Ischemic Stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1.1 หลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และตีบ ซึ่งจะค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ในที่สุดจะมีลิ่มเลือดหรือ Thrombosis เกิดขึ้นจนอุดตันเส้นเลือด ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง พบมากในคนสูงอายุเนื่องจากคนกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจากไขมันเกาะ ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุของการอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่น และมีอันตรายน้อยกว่าหลอดเลือดแตก

1.2 ภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Embolic Stroke) เนื่องจากมี “สิ่งหลุด” (Embolus) เป็นลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมอง หลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือดที่พบบ่อย คือ ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหัวใจ

2. หลอดเลือดสมองแตก หรือการตกเลือดในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ทำให้เนื้อสมองโดยรอบตายนับว่าเป็นสาเหตุที่มีอันตรายร้ายแรงอาจทำให้ผู้ป่วยตายได้ในเวลารวดเร็ว

สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองคืออาการที่สมองขาดเลือด เนื่องมาจากสาเหตุที่เส้นเลือดที่เลี้ยงสมองมีภาวะ ตีบ ตัน และแตก จนมีการตกเลือดในสมองอันตรายถึงชีวิตได้

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยจะเป็นอัมพาต ซึ่งมีสาเหตุใน 3 ส่วน คือ 1) จากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือมีความรู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ผู้ป่วยมักจะมีสติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือ ถ้าการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้ายก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไปและจะเป็นอยู่นานเป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต 2) จากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาต มักเกิดขึ้นฉับพลันทันที และ 3) จากหลอดเลือดสมองแตกมักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมาก โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนแล้วก็มีอาการ ปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแอ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รุนแรงตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1-2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรื้อฟื้น และดีขึ้น ถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีก็อาจช่วยให้รอดได้ (สุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ. 2551 : 630-631)

อาการของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544 : 11-37)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24- 8 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ แข็งแรงขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early Recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late Recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูดซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4- 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถ้าอาการนั้นคงอยู่ตลอดประกอบด้วยความบกพร่องของความสัมพันธของผู้ดูแลและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ทันทีหลังจากที่ป่วย และในระยะยาว อันจะส่งผลต่อการฟื้นคืนของสมรรถภาพร่างกายในที่สุด (Robinson,et al. 1999)

2.2 ภาวะซึมเศร้าของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้เกือบครึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Lara Caeiro et al. 2006) จัดเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกหดหู่ซึมเศร้าอย่างรุนแรงกว่าปกติถ้าเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์ ส่งผลให้มีอาการผิดปกติทางใจ ทางกาย และพฤติกรรม (American Psyciatric Association. 1994 ; Diagnostic and Statiscal Manaul of Mental Disorder DSM 4,Fourth Edition) สาเหตุของโรคซึมเศร้าโดยทั่วไป พบความผิดปกติของการส่งผ่านระบบประสาท และต่อมไร้ท่อเชื่อว่ามี ความผิดปกติของเซลล์สมองที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ความผิดปกติเหล่านี้ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่ามีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้มีโอกาสเป็นมากกว่าคนทั่วไป รวมทั้งปัจจัยทางจิตสังคม มักพบในผู้ป่วยมักมีแนวโน้มความคิดทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองในแง่ลบ มองแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมีปัญหาทางด้านสังคม เช่น หย่าร้าง การสูญเสียคู่ชีวิต (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2551 : 666-667)

ส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ทราบแน่นอน หากแต่มีการตั้งสมมติฐานไว้มากมาย การเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันร่วมกับการทำลาย และพยาธิสภาพที่สมองมีผลทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายหลายด้านทำให้ผู้ป่วย และ

ครอบครัวมีความตึงเครียดและเกิดความไม่แน่นอน มีปัญหาทางอารมณ์ในลักษณะของการเกิดภาวะซึมเศร้าและหมดหวังได้ง่ายขึ้น (Ebrahim S, Nouri F, Barer D. 1985) นอกจากนี้การศึกษาของโรบินสัน และคณะ (1984) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง จากการศึกษาโดยการทำ PET scans พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการขาดเลือดของสมองซีกซ้ายมีการลดลงของตัวจับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin Receptor Binding) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีเซลล์สมองซีกขวาตายจากการขาดเลือด (Right Hemisphere Infact) จะพบมีการเพิ่มของตัวจับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน จึงมีข้อสรุปว่าภาวะซึมเศร้ามักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองซีกซ้าย (Riesenberg D., et al. 1986 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544 : 737) และยิ่งถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และเฉลี่ยอยู่ที่ 73 ปี หากปล่อยไว้จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสูงได้ (Johan Lekk, Ahmad Delbari. 2010) เนื่องจากวัยผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ร่างกายที่เสื่อมลง ปัญหาสุขภาพ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเกิดความพิการต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นต้น หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ก็อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป (อรสา ไชยทอง และ พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. 2554)

2.2.1 พยาธิสภาพของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเกิดจาก

1) การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงสมองส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาท ซึ่งมีผลให้เกิดความเสียหายที่ทางผ่านของสารสื่อประสาท ชื่อ Cathecholamine การลดการหลั่งสารสื่อประสาทส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การมีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่เป็นผลจากการพร่อง Amines Biogenic จากการหยุดชะงักของวงจร สารสื่อ หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Johan Lekk and Ahmad Delbari. 2010)

2) สมมติฐาน โมโนเอมีน (Monoamine Hypothesis) ซึ่งประกอบด้วยสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ที่สังเคราะห์จากกรดอะมิโน (Tyrosine และ Tryptophan) ในภาวะปกติสารส่งผ่านประสาทเหล่านี้จะถูกทำลายโดย Monoamine Oxidase Enzyme (MAO) ที่บริเวณ Synaptic ของปลายประสาท Axon สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการหลั่งและทำลายที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาททั้ง 3 ชนิด ทำให้ปริมาณ norepinephrine และ serotonin ลดน้อยลง (Maurizio Fava and Kenneth S. Kendler. 2000)

3) ความผิดปกติบริเวณ Limbic System ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแสดงออกด้านอารมณ์และความคิด บริเวณ Hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจนรูปแบบทาง

ชีวภาพ และบริเวณ Basal Ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางด้านจิตใจ (Maurizio Fava and Kenneth S. Kendler, 2000) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA- Axis) เพิ่มขึ้นทำให้ระดับ Glucocorticoid ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์สารสื่อประสาท (Neurogenesis) และการเปลี่ยนแปลงของเส้นทางสื่อประสาทใน Hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณ Hippocampus เกิดการฝ่อลงหรือตายลงส่งผลให้สมองถูกทำลายมากขึ้น (Holsboer, 1999)

2.2.2 อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

การที่รู้สึกเศร้าเหงาหงอยและชีวิตแต่ละวันที่ผ่านไปน่าเบื่อไม่มีความสุข ไม่อยากพูดกับใครจนบางครั้งไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ ความรู้สึกเหล่านี้เรียกว่า อาการซึมเศร้า แยกจากความรู้สึกซึมเศร้าปกติได้จากความรู้สึกจะรุนแรงกว่า และอยู่นานกว่าส่งผลกระทบที่ชัดเจนในการใช้ชีวิต ในประเทศไทยคำว่า โรคซึมเศร้า มักหมายถึง Depressive Disorder ซึ่งจิตแพทย์ และแพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ซึ่งอ้างอิงเกณฑ์ของ DSM 4 (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2553)

1. มีอาการเศร้าคงอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย ความรู้สึกซึ่งแสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง บางรายอาจมีอาการหงุดหงิดโกรธง่าย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำลดลงอย่างมาก หหมดความสนใจ หรือความสุขซึ่งเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยทุกราย พบว่าผู้ป่วยแยกตัว ละเลยสิ่งที่เคยทำ หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ รวมทั้งกิจกรรมทางเพศ อารมณ์รักใคร่ในผู้ป่วยบางรายจะลดลงอย่างมากด้วย
3. เมื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง หรือบางรายอาจมีอาการอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่ายหลับดิ๊กแต่ตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมง ก่อนเวลาปกติที่เคยตื่น และไม่สดชื่น
5. ทำอะไรช้า พูดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางราย หงุดหงิดกระสับกระส่ายทำอะไรเหมือนรีบเร่ง นั่งไม่ติด
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน แม้ไม่ได้ออกกำลังกาย การทำงานเล็กน้อยก็ทำให้อ่อนเพลียมาก เช่น การแต่งตัวต้องใช้เวลานานกว่าจะเสร็จ

7. รู้สึกตัวเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป (หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด) ดำเนินตัวเองอย่างมากแม้ความผิดเล็กน้อย ความคิดดังกล่าวอาจเข้าขั้นหลงผิด เช่น คิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ

8. ไม่มีสมาธิ หรือความคิดอ่านช้าลง ลืมง่าย มีความลังเลใจ

9. คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องตายอยู่เรื่อยๆ บางรายพยายามฆ่าตัวตายและมีแผนฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล. 2544 มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. 2551 ; สถาบันวิจัยสาธารณสุข. 2553)

ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก็เมื่อในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีอาการ 5 อาการหรือมากกว่านั้น จาก 9 อาการ ถ้ามีอาการ 1 อาการจากอาการแสดงทั้งหมดจัดว่ามีอารมณ์ซึมเศร้า หรืออาการแยกตัว

2.2.3 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในประเทศไทยมีหลายแบบ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาปรับใช้จากผู้ทำวิจัยหลายท่าน ในที่ขอยกตัวอย่างที่พบบ่อย และมีผลงานวิจัยยืนยันประสิทธิภาพในการใช้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบบที่ใช้ประเมินระดับความซึมเศร้า โดยแพทย์ หรือนักการทางการแพทย์ เช่น มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ได้ทำการพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการวินิจฉัย มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ และมีคำตอบที่เป็นตัวเลือกตั้งแต่ 3-5 ตัวเลือก คำถามของ HRSD ได้แก่

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ สิ้นหวัง หดหนทาง ไร้ค่า)
2. ความรู้สึกว่าตนเองผิด
3. ความคิดฆ่าตัวตาย
4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น
5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง
6. การตื่นนอนเช้าน่าปวด
7. การงานและกิจกรรม
8. ความเฉื่อยชา (ความเชื่องช้าของความคิด และการพูดจา สมาธิเสื่อม การเคลื่อนไหวลดลง)
9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ
10. ความวิตกกังวลในจิตใจ
11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย
12. อาการทางกายระบบทางเดินอาหาร
13. อาการทางกายอาการทั่วไป
14. อาการเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์
15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย
16. น้ำหนักลด
17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติดังตนเอง
18. การเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา

2. แบบที่ใช้คัดกรองความซึมเศร้า สามารถใช้ประเมินตนเอง เช่น ดวงใจ กสถานติกุล และคณะ (2540) ได้จัดทำแบบสอบถามแบบวัดหรือตอบด้วยตนเอง (Self-report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมใช้สะดวก และแปลผลง่ายกับประชากรไทย

โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามนำร่องเป็นเวลา 2 ปี เพื่อเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยไทยและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งแยกเป็นอาการทางกาย (Vegetative) ความกระตือรือร้น (Motivational) อาการทางความคิด (Cognitive) และทางอารมณ์ (Psychological) โดยมีอารมณ์ด้านบวก 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) ได้คำถาม 20 ข้อดังนี้ 1. รู้สึกเบื่ออาหาร 2. นอนไม่หลับหรือต้องงีบหลับ 3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย 4. คิดมาก กังวล 5. รู้สึกสบายใจ 6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย 7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ 8. อยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร 9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ 10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย 11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้ 12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ 13. ชีวิตไม่มีความสุข 14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า 15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า 16. ต่ำหนหรือกลัวโทษตนเอง 17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง 18. คิดอยากตาย 19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึม 20. พยายามฆ่าตัวตาย สรุปผลจากการศึกษาพบว่า Specificity 90.2% คะแนนตัดที่ 30 บ่งว่าผู้ตอบน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง Major depression (Specificity 90.2% Sensitivity 85.3%) คะแนนตัดที่ 25 (Specificity 93.4% Sensitivity 75.1%) บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะเครียดซึมเศร้าหรือโรคทางจิตประเภทอื่น ๆ ที่ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรก ๆ แบบสอบถามนี้จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองตรวจหาภาวะโรคซึมเศร้าได้

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยได้นำเครื่องมือมาจาก Center for Epidemiology Studies-Depression Scale = CES - D) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าประเภท Self - Report แบบคัดกรอง CES - D มีวิธีการพัฒนาเป็นแบบคัดกรองฉบับภาษาไทยโดย แปลมาเป็นภาษาไทย และนำไปศึกษาตามกระบวนการวิจัย ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงใน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจุดตัดที่ 22 คะแนนเป็นจุดที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยให้ค่าความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 15-18 ปี มีคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อย ๆ (2 คะแนน) ตลอดเวลา (3 คะแนน) สำหรับคำถามมีดังนี้ 1) ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย 2) ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร 3) ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม 4) ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆกับคนอื่น 5) ฉันไม่มีสมาธิ 6) ฉันรู้สึกหดหู่ 7) ทุก ๆ สิ่งทีฉันกระทำจะต้องฝืนใจ 8) ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต 9) ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลึกลับเหลว 10) ฉันรู้สึกหวาดกลัว 11) ฉันนอนไม่ค่อยหลับ 12) ฉันมีความสุข 13) ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร 14) ฉันรู้สึกเหงา 15) ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน 16) ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้

สนุกสนาน 17) ฉันร้องไห้ 18) ฉันรู้สึกเศร้า 19) ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน 20) ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2546) ได้พัฒนาแบบสอบถาม Thai Depression Inventory (TDI) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้ในทางตะวันตกนำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.7189 ($P < 0.001$) โดยข้อคำถามเรื่อง Psychomotor Retardation และ Loss Of Libido มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำจากการทดสอบ Construct Validity โดยใช้วิธีการทางสถิติ principal component analysis with varimax rotation พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สำคัญ และปัจจัยที่เด่นคือ Anxiety - Insomnia factor ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป แบบสอบถาม TDI ที่ได้พัฒนาขึ้นมานี้จึงมีความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดีซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้

กรมสุขภาพจิต (2545) ในปี 2540 ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้สุขภาพจิตของคนไทยจำนวนมากเปลี่ยนแปลงไป เกิดปัญหาสุขภาพจิตระดับต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า บางรายคิดฆ่าตัวตายถึงขั้นสำเร็จ กรมสุขภาพจิต จึงได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีเครื่องมือในการประเมินโรคซึมเศร้าร่วมด้วยโดยขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือได้ดำเนินการเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือและศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในวงการจิตแพทย์ตรวจสอบเท่านั้น จากนั้นนำไปทดลองใช้ และปรับปรุง แก้ไขก่อนนำไปใช้จริงทั่วประเทศ โดยแบบประเมินนี้เป็นการประเมินช่วง 2 สัปดาห์ คุณรู้สึกหรือมีอาการต่อไปนี้บ้างหรือไม่ ซึ่งคิดไปจากปกติวิสัย ในรายการประเมินนี้แบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วน ก. (2 คะแนน) รู้สึกหดหู่ใจ ไม่มีความสุข เศร้า หมองเกือบทุกวัน หรือเบื่อหน่ายไม่อยากพบปะผู้คน ส่วน ข. (ข้อละ 1 คะแนน) 1. นอนหลับไม่สนิทเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย 2. วุ่นวายใจหรือรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร 3. รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร 4. รู้สึกหมดหวังในชีวิต ตนเองไม่มีคุณค่า 5. รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่ได้ 6. มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อย ๆ การแปลผล 1. มีคะแนน 3 ข้อขึ้นไป (ส่วน ก. และส่วน ข. รวมกัน) หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามากให้ส่ง

ต่อพบแพทย์เพื่อรับการรักษา 2. มีคะแนน 1 - 2 ข้อ (ส่วน ก. และส่วน ข. รวมกัน) มีภาวะซึมเศร้า ควรให้การปรึกษา

Aaron T.Beck ได้สร้างเครื่องมือชี้วัดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาครั้งแรกในปี 1967 โดยการใช้ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ จากนั้นคนสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ เพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรงสูง ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แบบประเมินใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก การให้คะแนนในแต่ละข้อถ้าตอบว่าไม่เคยให้ 0 คะแนน บางครั้งให้ 1 คะแนน บ่อยครั้งให้ 2 คะแนน เป็นประจำให้ 3 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด Beck จะแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม ระดับอาการซึมเศร้า

0 - 10 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)

11 - 16 อารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย (Mild Mood Disturbance)

17 - 20 เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline Clinical Depression)

21 - 30 อาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate Depression)

31 - 40 อาการซึมเศร้าในระดับสูง (Severe Depression)

40 คะแนนขึ้นไป อาการซึมเศร้าอย่างสุดขีด (Extreme Depression)

ถ้าหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าบุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งคำถามทั้ง 21 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันรู้สึกเศร้า 2) ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ 3) ฉันรู้สึกคล้ายคนล้มเหลว 4) ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่าง ๆ อย่างที่ฉันเคยทำ 5) ฉันรู้สึกมีความผิด 6) ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังถูกลดโทษ 7) ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง 8) ฉันโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น 9) ฉันอยากฆ่าตัวตาย 10) ฉันร้องไห้ 11) ฉันรู้สึกไร้ค่าหรือหงุดหงิดใจกับสิ่งต่าง ๆ 12) ฉันมีความสนใจต่อผู้อื่นน้อยลง 13) ฉันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยากมากขึ้นกว่าเดิม 14) ฉันรู้สึกว่ารูปโฉมของฉันดูแย่ลงกว่าเดิม 15) ฉันไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าเมื่อก่อน 16) ฉันนอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 17) ฉันเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่าง ๆ 18) ฉันเบื่ออาหาร 19) น้ำหนักฉันลดลงกว่าเดิม 20) ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของฉัน 21) ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 1999) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินทางคลินิกของโรคทางจิตเวช ซึ่งเรียกว่า Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

หรือ SCAN ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้นำแบบประเมินนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบคัดกรองเฉพาะส่วนที่ 6, 7, 8 ดังนี้

ส่วนที่ 6 Depressed Mood and Ideation เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกซึมเศร้าไม่สนุกสนานร่าเริงเช่นเคย และเกี่ยวกับความคิดในแง่ลบต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ และต่อตัวเอง รวมถึงความคิดฆ่าตัวตายด้วย มี 17 ข้อ ตัวอย่าง เช่น

- คุณอยากร้องไห้บ่อย ๆ หรือไม่
- คุณรู้สึกไม่สนุกสนานแม้ว่าสิ่งนั้นเคยทำให้คุณมีความสุขหรือไม่คุณรู้สึกเช่นนี้มานานเท่าใด

- คุณเคยมีความคิดทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่
- คุณมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองต่อสิ่งที่คุณคิด ทำ รู้สึกผิดหรืออับอายในตนเองหรือไม่
- คุณมีความเชื่อมั่นในตัวเองอย่างไร
- คุณรู้สึกค่าต้อย ไร้ค่าหรือไม่
- คุณต้องการอยู่คนเดียว กำลังวังชาหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่

ส่วนที่ 7 ความคิด สมาธิ พลังงาน ความสนใจ เป็นคำถามเพื่อประเมิน cognition มี 9 ข้อ เช่น

- คุณมีสมาธิดีเหมือนเมื่อก่อน
- คุณพบว่าความคิดคุณช้าลง เมื่อทำอะไรก็คาดเชื่องช้ากว่าปกติ
- คุณไม่มีความสนใจในงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ
- คุณรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้

ส่วนที่ 8 Bodily functions มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม เช่น ท่านรู้สึกเบื่ออาหารน้ำหนักของร่างกายคุณเพิ่มหรือลดลงหรือไม่ คุณมีปัญหาในการนอนหรือไม่ คุณต้องกินยานอนหลับหรือไม่ คุณรู้สึกไม่พึงพอใจในการนอนของคุณ คุณเคยตื่นเช้ากว่าปกติ คุณนอนหลับมากในเวลากลางวัน และทำให้คุณมีปัญหาในการนอนในเวลากลางคืน ซึ่งคุณไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่ การนอนของคุณถูกรบกวนโดยการฝันหรือฝันร้าย หรือไม่คุณสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าปกติหรือไม่ คุณพบว่าคุณ ไม่ยินดีในการมีเพศสัมพันธ์ หรือรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สามารถแสดงความรู้สึกพึงพอใจได้หรือไม่

Doctor.s guide (2003) ได้รายงานถึง Five top warning depression identified ซึ่งเป็นผลการศึกษาจากผู้ป่วย 357 คนที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งผ่านการประเมินด้วย Beck Depression Inventory 21 ข้อ และจากจำนวน 15.7% ของผู้รับบริการทั้งหมดที่พบว่ามีความ

ซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าที่รายงานเหมือนกันใน 5 ข้อ ไม่น้อยกว่า 90% ได้แก่อาการ 1) ไม่สนุกกับสิ่งต่าง ๆ ที่เคยทำ 2) รู้สึกผิดหวังในตนเอง 3) รู้สึกสิ้นหวัง 4) รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ 5) หลับยาก

Zung (2003) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินตนเองเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีประโยชน์มากในการตรวจสอบอาการได้ดี ช่วยให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาสามารถแสวงหาการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเครื่องมือนี้มีทั้งหมด 20 คำถามซึ่งผู้ป่วยต้องตอบด้วยตนเอง คำถามมีทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบสำหรับคำตอบมี 4 ตัวเลือกตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้

ตารางที่ 2.1
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Zung Depression Inventory	ไม่เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น ทุกวัน	มี เล็กน้อย
1. ฉันรู้สึกจิตใจหดหู่ เศร้า โศก เสียใจ	1	2	3	4
2. ฉันรู้สึกต้องพยายามอย่างมากในช่วงเช้า	4	3	2	1
3. ฉันร้องไห้หรือกลัวจะร้องไห้	1	2	3	4
4. ฉันหลับยากในแต่ละคืน	1	2	3	4
5. ฉันรับประทานมากกว่าปกติ	4	3	2	1
6. ฉันสนุกที่จะมองหรือพูดและแสดง เพื่อสร้างความสนใจให้กับเพศตรงข้าม	4	3	2	1
7. น้ำหนักตัวฉันลดลง	1	2	3	4
8. ฉันรำคาญใจเกี่ยวกับเรื่องท้องผูก	1	2	3	4
9. การเดินของหัวใจฉันเร็วกว่าปกติ	1	2	3	4
10. ฉันเหนื่อยเพลียโดยไม่มีเหตุผล	1	2	3	4
11. จิตใจของฉันแจ่มใสเหมือนที่เคยเป็น	4	3	2	1
12. ฉันพบว่าเป็นเรื่องง่ายที่จะทำสิ่งที่ฉันเคยทำ	4	3	2	1
13. ฉันพักผ่อนได้น้อยและไม่สามารถควบคุมได้	1	2	3	4
14. ฉันรู้สึกมีความหวังในอนาคต	4	3	2	1
15. ฉันหงุดหงิดกระวนกระวายมากกว่าปกติ	1	2	3	4
16. ฉันพบว่าเป็นเรื่องง่ายในการตัดสินใจ	4	3	2	1

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

Zung Depression Inventory	ไม่เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น ทุกวัน	มี เล็กน้อย
17. ฉันรู้สึกว่ายังเป็นคนมีประโยชน์และเป็นที่ ต้องการ	4	3	2	1
18. ชีวิตของฉันเป็นสิ่งที่สวยงาม	4	3	2	1
19. ฉันรู้สึกว่าทุกอย่างจะดีขึ้นถ้าฉันตายไป	1	2	3	4
20. ฉันยังคงสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเคยทำ	4	3	2	1

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดจะถูกคำนวณให้กลายเป็นคะแนนเต็ม 100 แล้วจึงเปรียบเทียบกับเกณฑ์ Total SDS Index = คะแนนรวม x 100 คะแนนเต็ม 80 คะแนน

การแปลความหมาย

ต่ำกว่า 50 คะแนน = ปกติไม่เป็นโรค

50 - 59 = แสดงว่าซึมเศร้าเล็กน้อย

60 - 69 = แสดงว่าซึมเศร้าปานกลางถึง marked depression

70 คะแนน หรือมากกว่า = แสดงว่าซึมเศร้ารุนแรงถึงซึมเศร้าสุดขีด (Severe to Most Extreme Depression)

นอกจากนี้ยังการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงตรง สะดวกรวดเร็วในการใช้และเหมาะสมกับคนไทยมากขึ้นนั่นคือ Thai version of the PHQ-9 (Manote Lotrakul ,et al .2008) เป็นเครื่องมือในการประเมินผลภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ประกอบด้วย มีข้อคำถาม 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน วินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าเมื่อในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบ 5 อาการ หรือมากกว่าจาก 9 อาการในข้อคำถามที่บ่งบอกภาวะซึมเศร้า

เมื่อมีการประเมินความเป็นไปในทางเดียวกันของข้อคำถาม พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อของ PHQ-9 ภาษาไทยนั้น มีความเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเปรียบเทียบความเที่ยงตรงต่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า กับ HAM-D ภาษาไทย ค่าความตรงคือ 0.56 ($p < 0.001$) ซึ่งมีข้อ

สมมติฐานเกี่ยวกับข้อคำถาม HAM-D เทียบกับคะแนน ของ PHQ-9 ภาษาไทยพบว่า PHQ-9 ภาษาไทยมีความแตกต่างของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV มาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ (American Psychiatric Association. 2000) คือ

ประการแรก ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมักไม่สนใจตนเองเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะบาดเจ็บซ้ำซ้อนได้ ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากมักทำร้ายตนเองเพื่อเลี่ยงปัญหาหรือหนีความทุกข์ ควรมีการเพิ่มความระมัดระวังและเอาใจใส่ให้มากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบสบาย บรรยากาศสดใส
2. ผู้ดูแลควรเป็นผู้เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย มีความเห็นใจในผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความ เจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจและยินดีช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
3. ควรดูแลใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่ เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจ ช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ
4. จัดสิ่งของที่อาจอันตรายออกให้หมด เช่น อาวุธ หรือสิ่งของอันตราย แม้าที่รักษาโรค ต้องรับประทานต่อหน้าป้องกันการระส่ำระสาย หรือไม่กินยา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น การเคร่งครัดเรื่องการกินยา ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า รุนแรงอาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนอาจต้องได้รับการผูกมัด ควรดูแลใกล้ชิด ปลดเครื่องผูก บิดหากอาการสงบ เพราะอาจเกิดอาการบาดเจ็บได้
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เช่น ควบคุมโรคที่เป็น ดูแลสุขภาพ ทั่วไปให้ดีขึ้น และพบทวนประเด็นปัญหาที่กระจางแยกแยะสิ่งถูกต้องและสิ่งบกพร่อง ควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วย
7. การทำสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง นับเป็นสิ่งที่มิมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย ได้ดีขึ้น

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองผ่านพ้นจากโรคซึมเศร้า โดยเร็ว ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ โดย

1.1 ให้ทราบว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ ความรู้ มีผู้ที่ห่วงใย เพราะปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ง่ายคือ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยลดลง

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งทีก่ลัว ความรู้สึกผิดตำหนิตนเอง หรือความสูญเสีย การได้ระบายความรู้สึกจะทำให้อาการซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโดยไม่คัดค้าน เช่น อารมณ์โกรธ เศร้าเสียใจ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าไวต่อความรู้สึกถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับจากผู้อื่น ควรรับฟังอย่างสงบ สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

1.4 การส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองกระตุ้นให้ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน จัดสิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์จำกัดที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับผู้ดูแล เพื่อนบ้าน การทำกิจกรรมกลุ่ม การให้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต

2. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักทบทวนอาการเศร้าของตนเอง ผู้ดูแลควร

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนสถานการณ์ว่าเหมาะสมเพียงใด ตนเองมีภาวะเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งดี ๆ ในชีวิตโดยกระตุ้นให้กลุ่มรำลึกถึงความหลังในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ตำหนิตนเองหรือความขมขื่นไม่พอใจต่าง ๆ

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยใช้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่ผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มามากมายมีประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปได้ด้วยดี

ประการที่สาม ผู้ป่วยได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยซึมเศร้ามักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวันทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร

อาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย ผู้ป่วยมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากคั่งน้ำและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมที่แขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะลำบากซึ่งถ้าผู้ป่วยกินยาต้านเศร้าอาจเป็นผลข้างเคียงของยาด้วย ควรให้การดูแลดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำ และอาหารอย่างเพียงพอตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติควรสังเกตหรือบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกในร่างกาย เพื่อเฝ้าระวังหาแนวทางการช่วยเหลือได้ทัน
2. ดูแลน้ำหนักตัว สังเกตอาการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ
3. จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ เช่น การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้า
4. ส่งเสริมด้านสุขอนามัยแต่งกายเหมาะสมสวยงาม ช่วยให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้น้อยลง ไม่ว่าจากโรคที่เป็นฤทธิ์หรืออาการข้างเคียงของยา การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนดาที่มองเห็นไม่ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ดันไม้และสตั๊ดเลี้ยง เพื่อความปลอดภัย เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและดูแลไม่ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองเกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544 : 740-741) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความชัดเจนในบทบาทดั่งที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ซึมเศร้าให้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้และทักษะของผู้ดูแล ถ้าสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้จะสามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 แนวทางการคัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง

ปัจจุบันการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้านั้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ดังที่กำหนดในคู่มือการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) มีการคัดกรองใน 8 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1. ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน 2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้ 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรค

หลอดเลือดสมองตีบ 4. ผู้ป่วยสูงอายุ 5. หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด 6. ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด 7. ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียอย่างรุนแรงมาไม่นาน หรือได้รับอุบัติเหตุแล้วสูญเสียอวัยวะ 8. ผู้มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว

จากการใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าเครื่องมือใช้งานได้ง่าย ภาษาเข้าใจง่าย และมีการแปลเป็นภาษาถิ่นของแต่ละภาคของประเทศไทยจึงไม่มีขีดจำกัดในการใช้กับคนไทยแต่การคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในทางตั้งรับเฉพาะที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีจุดด้อยที่ต้องพิจารณา คือ ไม่สามารถเข้าถึงผู้เริ่มป่วยในชุมชนเพราะไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชน และอาสาสมัครชุมชนมีน้อย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553)

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง ที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองมีแนวทางในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ยึดตามกรอบการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรงในช่วง 6 เดือนแรกปีละ 1 ครั้ง เท่านั้นซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม

วัตถุประสงค์ ใช้ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงในสถานการ

ผู้ใช้ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง

ตารางที่ 2.2

แบบประเมินคัดกรอง 2 คำถาม

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรไม่ เพลิดเพลิน หรือไม่		

หากพบคำตอบว่ามีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ประเมินต่อ ด้วย คำถาม 9 ข้อ

แนวทางการประเมินและจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

วัตถุประสงค์ ช่วยวินิจฉัย และใช้ประเมินจำแนกความรุนแรง

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงในสถานการณ์ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากแบบคัดกรอง 2 คำถาม

ผู้ใช้ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 2.3

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม

ลำดับ	คำถาม ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไรที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ หรือทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่น สังเกตเห็น หรือกระสับกระส่ายไม่ สามารถอยู่นิ่ง	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปก็คงดี	0	1	2	3

การแปลผล น้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ 19 มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง

หากได้ 7 คะแนนขึ้นไป ควรรับการประเมิน การฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อไป

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาล อยู่ในระยะเสี่ยง จะมีการประเมินภาวะซึมเศร้า 1 ครั้งต่อเดือน หลังจากรับทราบโรค หากไม่พบภาวะผิดปกติ จะเข้าสู่กระบวนการติดตามรายปีต่อไป

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนระดับปฐมภูมิ มีหน้าที่ที่ต้องดูแลรอบด้าน มีทั้งหน้าที่สร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล การติดตาม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและประชาชน ตลอดจนฟื้นฟูสภาพในฐานะของผู้ดูแลปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิ และใช้ทักษะอย่างกว้างขวางในการให้คำปรึกษา การสอน การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง การติดต่อประสานงาน การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีในชุมชน รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2549 : 11)

2.5.1 บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care)

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบทบาทในการบริการเชิงรุกที่สามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้มีภาวะซึมเศร้า ได้ถึงที่บ้าน โดยนับเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหรือหากเริ่มมีภาวะซึมเศร้าก็สามารถแก้ไขได้ทันท่วงที

2.5.2 บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator)

บทบาทการให้ความรู้ นับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพราะความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีเจตคติที่ดี ร่วมมือในกิจกรรมด้านสุขภาพ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องทำให้ผู้ดูแลได้เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และเข้ารับคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพได้ทันท่วงที โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาผู้ป่วยมาพบบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

2.5.3 บทบาทเป็นที่ปรึกษา (Consultant)

บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบทบาทที่สำคัญมาก เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนในชุมชนมีความเข้าใจในพฤติกรรมแบบแผนและการดำเนินชีวิตและเป็นบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจ การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลพบภาวะผิดปกติที่มีในตัวผู้ป่วย นับเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย วางแผนการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขได้

2.5.4 บทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีภาวะพิการร่วมด้วยนั้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ควรมีการเฝ้าระวังภาวะดังกล่าวอย่างใกล้ชิดซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเองไม่สามารถเข้าไปประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ทุกวัน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีความสามารถในการสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ผลงานวิจัยและการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และบริการสุขภาพ โดยปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแต่เดิมหน้าที่ของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเริ่มต้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสุขภาพ เท่านั้น มาเริ่มต้นที่ผู้ดูแลซึ่งทำให้เกิดการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward Round) โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนหอผู้ป่วยเตียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวและผู้ดูแลเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขเปรียบเสมือนผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมบุคลากรสุขภาพ

จากบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้านั้นเป็นสมรรถนะบทบาทของการพยาบาลขั้นสูงในการส่งเสริมผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้นั้นต้องมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือสร้างความเครียดในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน หน่วยงาน และองค์กร มีความสามารถในการใช้ผลงานวิจัยมาปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาลและบริการสุขภาพ ตลอดจนประเมิน

ผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมถอยของร่างกายร่วมกับมีความพิการเข้ามาเป็น ตัวขัดขวางการทำการกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อจิตใจอันจะส่งผลให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิด ภาวะซึมเศร้ามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ บริบทของผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชน และองค์กร นำมาสร้างแนวปฏิบัติการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิด ภาวะซึมเศร้า

2.6 รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมีหลายรูปแบบซึ่งรูปแบบหนึ่งในยุคปัจจุบัน คือ การ พัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีหลายรูปแบบอีกเช่นกัน รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนเบลสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา รูปแบบของ สเตเตอร์ (Stetler) รูปแบบของไอโอวา (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549 : 57-64) การศึกษาครั้งนี้ใช้ รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนเบลสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากรูปแบบนี้มีจุดเด่นคือ มีการแบ่งขั้นตอนมีระยะการศึกษาที่ชัดเจน ทำให้มองเห็นขั้นตอนของการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุม มีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence-Trigger Phase)

Evidence – Trigger ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยตัวกระตุ้นนี้ อาจเกิดจากการปฏิบัติ (Practice Trigger) หรือมาจากความรู้จากการค้นคว้า (Knowledge Trigger) ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ในการปฏิบัติงานทางคลินิก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมักมีคำถามกับตัวเอง เกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นประจำ การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใดจะเหมาะสมที่สุด รูปแบบใดจะ เกิดผลดีและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ตัวกระตุ้นจากความรู้ หมายถึง ความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติการทางคลินิก เทคโนโลยี หรือการพัฒนาโปรแกรมใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ที่มาจากการอ่านตำราใหม่ ๆ หรือ งานวิจัย ซึ่งบางครั้งตัวกระตุ้นจากการทำงานและความรู้อาจคาบเกี่ยวกันผลลัพธ์ของตอนนี้ คือ ประเด็นปัญหาที่ชัดเจนจากตัวกระตุ้นที่มาจากการปฏิบัติและจากแหล่งความรู้

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Evidence-Supported Phase)

เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศในประเด็นที่กำหนดจากระยะหนึ่ง แหล่งของการสืบค้นข้อมูลมีหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานการวิจัยต่าง ๆ เอกสารขององค์กรที่เป็นที่ยอมรับ มาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือจากบริษัท และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ จากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะนี้เป็นระยะที่นำเสนอโครงการลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence-Observed Phase)

ขั้นตอนนี้โครงการที่นำเสนออาจเป็นโครงการนำร่อง การศึกษาทางคลินิกหรือการประเมินผลปฏิบัติการด้วยการศึกษาเชิงผลลัพธ์

ผลลัพธ์ในระยะนี้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกต และให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 Evidence Based Phase

เป็นระยะของการวิเคราะห์แบบมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence-Supported Phase และ Evidence-Observed Phase คำถาม คือ โครงการที่นำเสนอประสบความสำเร็จโดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และมาจากหลักฐานอะไร

ผลลัพธ์ในระยะนี้คือ การประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทบทวน มีเครื่องมือหลากหลาย ได้แก่ เครื่องมือประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย (Critique Tool) ซึ่งประกอบไปด้วย แบบการวิจัย สถานที่ที่ทำการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การวัดผลลัพธ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัย สรุป คะแนนการประเมิน และข้อจำกัด

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Databases) ได้แก่ Science Direct, Cochane library, PUBMED ผลลัพธ์ในระยะนี้ คือ หลักฐานงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด ประเมิน และวิเคราะห์คุณภาพ การสังเคราะห์หลักฐาน งานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมดเพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วสร้างแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ในระบของการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ขั้นตอนที่ 2) นั้น ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของเมลนิก (2004) และโดยใช้ตามเกณฑ์ของเมลนิก และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. 2549 : 20) แบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์เมตา จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled Trial without Randomized)

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (Case Controlled and cohort studies)

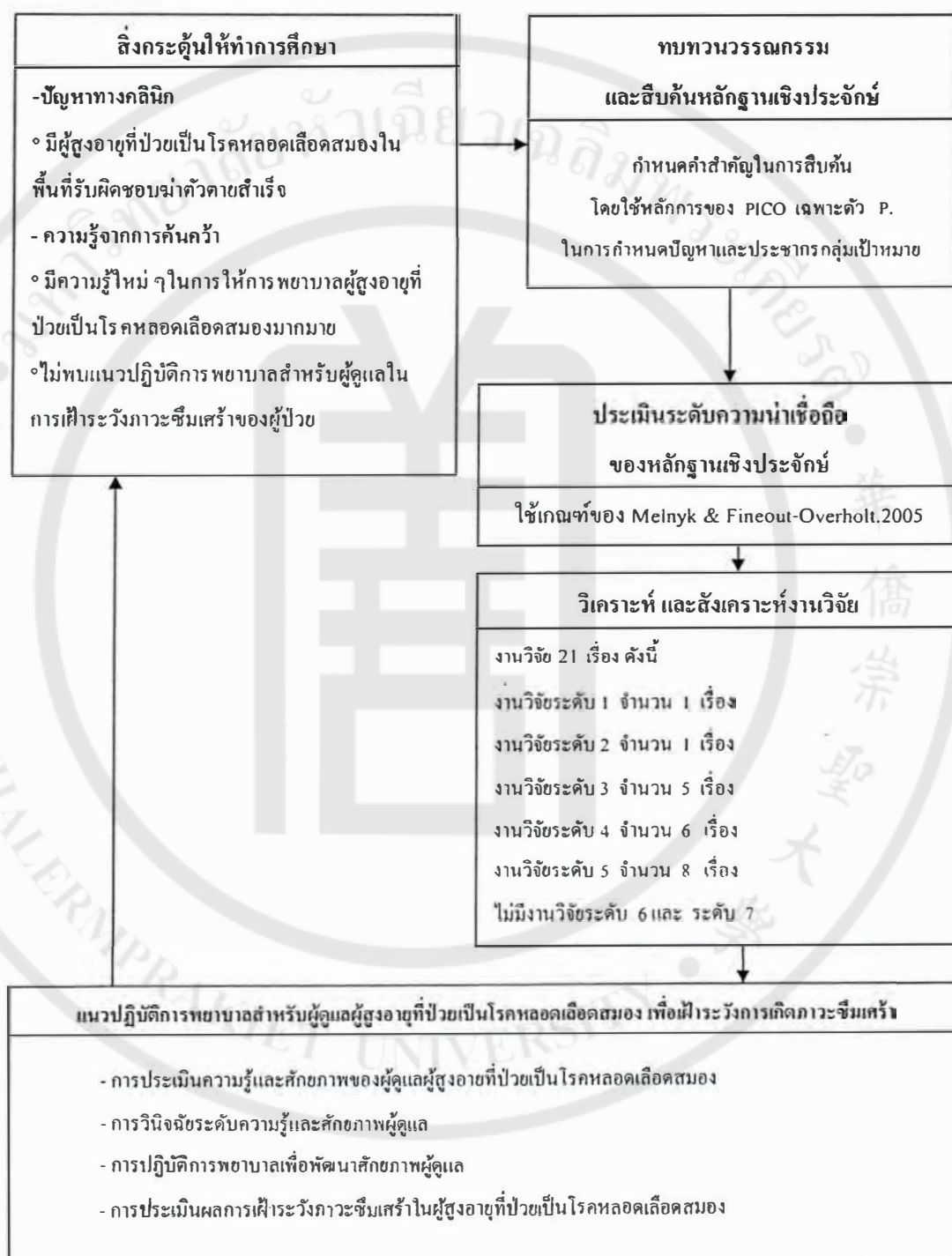
ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative study)

ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้น ๆ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 2.1
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองยาง การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. 2549 : 57-59) โดยใช้ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence-Trigger Phase) และขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Evidence – Supported Phase) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence – Trigger Phase)

ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (Practice Triggers)

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำการประเมิน ภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตประเมินปีละ 1 ครั้ง พบว่า 1) จากการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามปกติที่ประเมินปีละ 1 ครั้งโดยใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม และ 9 คำถาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2555 ไม่พบว่าสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า จึงไม่ได้มีกระบวนการติดตามหรือประเมินซ้ำ แต่ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งป่วยมา 6 ปี พยายามอดอาหารเพื่อฆ่าตัวตายและเสียชีวิตในเวลาต่อมาจำนวน 1 ราย และในปี 2555 มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย ซึ่งป่วยมา 6 เดือน ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการดื่มน้ำยาทำความสะอาดจากสถานการณ์จึงเห็นว่าการคัดกรองภาวะซึมเศร้าปีละ 1 ครั้งคงไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้ทุกระยะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามา มีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย เช่น รู้สึกหมดคุณค่าจาก การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2) ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ พบว่าทั้ง 2 รายอยู่กับผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดบ่งชี้ได้ว่าผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจการสังเกต คำพูด พฤติกรรม หรืออาการนำใด ๆ ที่เป็นสัญญาณเตือน

ให้ระวังความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ก่อตัว และสะสมจนทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

3) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรสุขภาพพบว่า จะเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่ามีภาวะซึมเศร้า และส่งข้อมูลให้ติดตามเยี่ยมบ้านเท่าที่จำเป็นทำให้ขาดข้อมูลทั้งจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล เพื่อนบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่จะนำมาใช้ทำการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการหรือสิ่งที่บ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และมีความรุนแรงเป็นลำดับได้

ตัวกระตุ้นทางความรู้ (Knowledge Triggers) จากการทบทวนงานวิจัย และเอกสารวิชาการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545- 2555 พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้น และมีงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพียงพอจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Whyte & Mulsant. 2002 : 253-264) 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้อยู่มีหลากหลาย ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแบบคัดกรองแต่ละลักษณะมีความเฉพาะเจาะจง และความยากง่ายในการใช้ที่แตกต่างกัน ซึ่งน่าที่จะนำมาประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (60-70 ปี), Thai- HADS (Thai hospital anxiety and depression) อ้างอิงเกณฑ์ของ DSM III- R, CDI (Children's Depression Inventory) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก , CES-D (The Center for Epidemiology Studies-Depression Scale) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (15-18 ปี), EPDS (Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale) หรือ PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, KKKU-DI (Khon Kaen University depression inventory) มี 30 ข้อคำถามใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไทยอีสานในกรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก, และ PHQ-9 (Personal Health Questionnaire) ซึ่งใช้เกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) ในการสร้างข้อคำถาม ทั้ง 9 ข้อ ซึ่งใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลกลุ่มเสี่ยง 3) แนวคิดในการให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยในทางกฎหมายหรือทางสายเลือด โดยเฉพาะคู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (Grant, Elliot, Weaver, Bartolucci, & Giger. 2002 ; Mathew, Dunbar-Jacob, Serieka, Schulz & McDowell. 2004) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะสามารถรับรู้ และสังเกตอาการความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทุกเวลา

(นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544 : 740-741) ถ้าผู้ดูแลมีศักยภาพในการเฝ้าระวังอาการที่จะแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

3.2 ขั้นตอนที่ 2 ระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported Phase)

1. ระยะการทบทวน และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศในประเด็นการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นการหาหลักฐานจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายแล้วสกัดความรู้ที่ค้นหาได้เพื่อนำไปสร้างแนวปฏิบัติ ในการศึกษาใช้หลัก P Population or Problem ในเกณฑ์ PICO สืบค้นเพื่อกำหนดปัญหาของการศึกษาที่สนใจ และประชากรที่ศึกษา ดังนี้

Population ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Problem ปัญหาของการศึกษาที่สนใจ คือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2. การให้รายละเอียดและคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอื่น ๆ ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานต่าง ๆ จากวารสารฉบับตีพิมพ์ หนังสือประมวลการประชุมวิชาการ รายการเอกสารอ้างอิง ทำรายการงานวิจัยต่าง ๆ ทั้งภาษาไทย อังกฤษ จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และจากการค้นหางานวิจัยจากระบบฐานข้อมูล (Database) ได้แก่ PUBMED, Science Direct และ CMU e-Theses และใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง และการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแล Stroke, Stroke and mood, Stroke and depression, Depressive after stroke, Depressive post stroke in elderly, Depressive post stroke and screening, Depressive post stroke and intervention, Depressive post stroke and caregiver, Depressive post stroke and caregiver intervention และ Depressive post stroke program.

3. ผลการสืบค้นจากแหล่งการสืบค้นและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นใน 2.2 ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้เป็นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full Text) ที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 21 เรื่อง ประกอบด้วย

1) Systematic Review	จำนวน	1	เรื่อง
2) Randomized Controlled Trail	จำนวน	1	เรื่อง
3) Controlled Trail without Randomized	จำนวน	1	เรื่อง
4) Quasi- Experimental study	จำนวน	4	เรื่อง

5) Correlation study	จำนวน	2	เรื่อง
6) Cross-Sectional study	จำนวน	1	เรื่อง
7) Descriptive / Qualitative research	จำนวน	9	เรื่อง
8) Survey Research	จำนวน	2	เรื่อง

ตารางที่ 3.1
ผลการสืบค้นจากคำสำคัญและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	เอกสารที่พบ	เอกสารที่เข้าเกณฑ์
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย หัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ	โรคหลอดเลือดสมองและ ผู้สูงอายุ และ ภาวะซึมเศร้า และ การคัดกรอง ภาวะ ซึมเศร้า และผู้ดูแล	43 เรื่อง	13 เรื่อง
PUBMED	Stroke and mood and depression and screening and intervention and caregiver	25 เรื่อง	2 เรื่อง
Science Direct	Stroke and mood and depression and screening and intervention and caregiver	37 เรื่อง	1 เรื่อง
CMU e-Theses	โรคหลอดเลือดสมองและ ผู้สูงอายุ และ ภาวะซึมเศร้า และ การคัดกรอง ภาวะ ซึมเศร้า และผู้ดูแล	15 เรื่อง	5 เรื่อง

4. ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ จากเกณฑ์ประเมินระดับความ
น่าเชื่อถือของเมลนิค (2004) และเมลนิค และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik & Fineout-Overholt.
2005) ปรากฏผลตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3.2

ผลการประเมินระดับของงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ / เรื่อง	รูปแบบ / ระดับ
1. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. 2554	ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่	Cross-Sectional study ระดับ 4
2. ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สีนุ. 2555	ปัจจัยการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	Correlation Predictive Design / ระดับ 4
3. วีระ ชูพร. 2542	วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย	งานวิจัยแบบสำรวจ / ระดับ 6
4. ดุสิต จันทยานนท์และคณะ. 2554	ทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลในอำเภอ พระนครศรีอยุธยา	งานวิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5
5. ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2546	การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้า	Cross-sectional Descriptive research / ระดับ 5
6. อุชารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา. 2548	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	งานวิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5
7. วชิราภรณ์ โนราช. 2553	ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และ สังคมจากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย วชิราภรณ์ โนราช	วิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5
8. สิริขสา จิราภักทร. 2552	การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อนเน้น ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	วิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5
9. วาทีนิ เทียงธรรมดี. 2549	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi- experimental Research / ระดับ 3
10. อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2552	การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็น ศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้ง แรก	วิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ / เรื่อง	รูปแบบ / ระดับ
11. Johan Lekk, Ahmad Delbali. 2010	Management of depressive in elderly stroke patient	Systematic Review / ระดับ 1
12. Dong Soo Kim, et al. 2011	Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patient	Controlled Trail without Randomized / ระดับ 3
13. นิภาภัทร ภักธรพงศ์ บัณฑิต. 2548	ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) / ระดับ 3
14. จูไร เกลียงเกลา. 2547	ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) / ระดับ 3
15. วิณา ลิ้มสกุล. 2545	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) / ระดับ 3
16. ศศิธร ช่างสุวรรณ. 2548	ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	วิจัยเชิงคุณภาพ / ระดับ 5
17. อรสา ไชยทอง, ธีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2554	ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี	Correlation study. Non-Experimental Design. / ระดับ 4
18. ธรรมนาถ เจริญบุญ. 2011	แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้	งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) / ระดับ 5
19. วีระ ชูพร. 2542	วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย	งานวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) / ระดับ 4
20. อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงคาล. 2554	การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย	งานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) / ระดับ 4

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ / เรื่อง	รูปแบบ / ระดับ
21. Manote Lotrakul, et al. 2008	Reliability and validity of the Thai version of the PHQ -9	การวิจัยแบบการทดลองที่ มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomize Controlled Trial) / ระดับ 2

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง ตามรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน พงศ์คำ คิลกสกุลชัย. 2549) ผู้ศึกษาขอเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสังเคราะห์ความรู้ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 21 เรื่อง ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

4.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองจาก 1) การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงสมองส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาททำให้เกิดความเสียหายที่ทางผ่านของสารสื่อประสาทแคเทโคลามีน การลดหลั่งสารสื่อประสาทส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผลจากการพร่อง สารประกอบเอมีนจากการหยุดชะงักของวงจร สารสื่อประสาทหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Lokk & Delbari. 2010) ซึ่งมีข้อสมมติฐานว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการพร่อง สารประกอบเอมีน และไซโดไคน์ในสมอง (Santos et al. 2010) 3) ภาวะซึมเศร่ายังเกี่ยวข้องกับความรู้สึก การพร่องความสามารถในการทำงานและขาดความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญ (Lokk & Delbari. 2010)

4.1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออกเป็น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1) เพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 64.1 ในขณะที่เพศชาย ร้อยละ 42.9 (Lokk & Delbari. 2010) แต่งานวิจัยของ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา (2548) กลับพบว่าเพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง และบางงานวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร ลินรุ. 2555)

2) อาชีพ พบว่าอาชีพรับราชการ/ธุรกิจส่วนตัวมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มิอาชีพเกษตรกร หรืองานบ้าน (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา. 2548)

3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในระดับปานกลางและสูง

4) การประสบปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (อรสา ไชยของ และ พิรพนธ์ ลีอนุญรัชชัย. 2554)

5) ภาวะสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ($r = .427, p < .05$) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .293, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ข้อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร ลินรุ. 2555)

2. ปัจจัยทางด้านสังคม ผู้ป่วยที่มีการแยกตัวจากสังคม การใช้ชีวิตลำพัง การสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย การมีประวัติมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน การลดลงของกิจกรรมทางสังคม การล้มเหลวเมื่อกลับไปทำงาน และการมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการฟื้นฟูสภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Lokk & Delbari. 2010)

3. ปัจจัยทางด้านครอบครัว ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและสูง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา. 2548 ; ข้อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร ลินรุ. 2555)

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่พบเหล่านี้ผู้ศึกษาได้นำไปออกแบบการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสร้างเป็นข้อความให้ผู้ดูแลระบุว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยระบุไว้ในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ดูแล

4.1.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแบบประเมินที่ใช้วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า 2 ประเภท คือ

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Clinician-rated Measure)

ผู้ใช้แบบประเมินจะเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือมาก่อน โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามหัวข้อที่มีข้อดี คือ มักมีความแม่นยำมาก สามารถใช้กับผู้ที่ไม่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ลดปัญหาไม่เข้าใจในการตอบแต่มีข้อด้อย คือ อาจไม่เหมาะกับการใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ๆ เพราะต้องใช้เวลาและบุคลากรจำนวนมาก แบบประเมินลักษณะนี้ ได้แก่ HRSD, MADRS และ Thai version of the EURO-D scale ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีรายละเอียดที่เหมือน และแตกต่างกันบ้างในบางประเด็น เช่น HRSD (Hamilton rating scale for depression) มี 17 ข้อคำถามเป็นแบบประเมินที่เป็นสากลที่ใช้ทั่วโลก, MADRS (Montgomery - Asberg depression rating scale) มี 10 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินที่เป็นสากล และ Thai version of the EURO-D scale มี 12 ข้อคำถามใช้กับผู้สูงอายุไทยที่อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report Measure)

ผู้ใช้จะเป็นคนอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามลักษณะนี้มีประโยชน์ คือ ง่าย สามารถประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้และไม่ต้องใช้บุคลากรมากแต่ข้อจำกัด คือ ผู้ตอบต้องสามารถอ่านออกเขียนได้และในบางครั้งผู้ตอบอาจสับสนหรือไม่แน่ใจในข้อคำถามหรือวิธีการตอบแบบสอบถามได้ แบบประเมินที่จัดอยู่ในประเภทนี้ ได้แก่ TGDS, Thai- HADS, CDI, CES-D, HRSR, EPDS, PDSS, KKKU-DI, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน และ PHQ-9

แต่ละแบบประเมินมีรายละเอียดที่เหมือนและแตกต่างกันบ้างในบางประเด็นเช่นกัน กล่าวคือ TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ มี 30 ข้อคำถามใช้กับผู้ที่มีอายุ 60-70 ปี, Thai- HADS (Thai hospital anxiety and depression) มี 14 ข้อคำถาม อ้างอิงเกณฑ์ของ DSM III- R , CDI (Children's Depression Inventory) มีข้อคำถาม 27 ข้อใช้ในเด็ก, CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (15 – 18 ปี) มี 20 ข้อคำถาม, HRSR (Health-Related Self-Reported Scale) มี 20 ข้อคำถามซึ่งเป็นภาษาไทย, EPDS (Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale) มี 10 ข้อคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) มี 35 ข้อคำถามใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, KKKU-DI (Khon Kaen University Depression Inventory) มี 30 ข้อคำถาม ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไทยอีสานใน

กรณีที่ทำหนังสือไม่ออก, และ PHQ-9 (Personal Health Questionnaire) ใช้เกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) ในการสร้างข้อคำถามทั้ง 9 ข้อแต่ละข้อมีคำตอบ 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ. 2554) แบบประเมินนี้นิยมใช้แพร่หลายในการพัฒนางานและทำวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลซ้ำได้ มีข้อคำถามที่เข้าใจง่ายและประเมินได้รวดเร็ว (Lokk & Delbari. 2010)

ในการสร้างแบบประเมินสำหรับผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นต้นแบบเนื่องจากได้รับการยอมรับและแนะนำให้ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช (Lotrakul, et al. 2008)

รวมทั้งแบบประเมินนี้ ได้ถูกแนะนำให้ใช้โดยทั่วไปในประเทศไทยในหลายหน่วยงาน เช่น ใช้เป็นแนวทางการจัดการ โรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ปี 2553 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

4.1.4 ปัญหาที่ผู้ดูแลมักพบในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลให้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ว่าเกิดจากความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบซึ่งเป็นค่านิยมบรรทัดฐานของคนไทย และเข้าใจธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย (วชิราภรณ์ โนราช. 2553) แต่ระหว่างการดูแลผู้ดูแลมักพบปัญหา ดังต่อไปนี้ (อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2552)

1. ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่

1) การติดเชื้อที่ปอด มักพบในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนเตียงนาน ๆ มีบางรายที่เจาะคอ อาจมีสาเหตุมาจากการเสมหะมาก และมีไข้ สาเหตุจากครอบครัวยามป้อนอาหารทางปากระหว่างที่ผู้ป่วยไอจึงเกิดการสำลักและติดเชื้อที่ปอดตามมา

2) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกิดจากการ ใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน สายอุดตันจากการมีการรั่วซึมของปัสสาวะที่ค้างคั่ง มีไข้ ตะกอนปัสสาวะหรือในผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับการใส่ผ้าอ้อมทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะ หรือการดื่มน้ำน้อยกว่าปกติ

3) แผลกดทับ มักเกิดในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ

4) การได้รับอาหารไม่เพียงพอผู้ป่วยบางรายหอบลงเนื่องจากผู้ดูแลไม่กล้าให้อาหารในปริมาณที่แพทย์สั่งเพราะกลัวอาหารจะล้น บางรายไม่มีครอบครัวคอยดูแล บางรายครอบครัวเตรียมอาหารไว้ให้ผู้ป่วยรับประทานเอง บางรายอยู่บ้านตามลำพังและไม่ยอมรับประทาน

5) การขาดยาจนโรคกำเริบ ผู้ป่วยบางรายหลงลืมการกินยา บางรายจัดยาไว้ให้แต่ไม่ได้ดูแลให้รับประทานตามเวลา ผู้ป่วยจึงได้ยาไม่ครบ

6) ภาวะซึมเศร้า มักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เนื่องจากมีสภาพการเปลี่ยนแปลงของการช่วยเหลือตัวเอง และบทบาทหน้าที่ ยิ่งถ้าครอบครัวไม่ให้อำนาจใจไม่เอาใจใส่ ไม่มีเวลา ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะท้อแท้เบื่อหน่าย อยากนอนอย่างเดียว อยากอยู่ลำพัง ไม่อยากทำอะไรเลย บางครั้งพฤติกรรมเหมือนเด็กต่อต้าน ไม่ยอมทำกายภาพบำบัด และส่งผลให้ซึมเศร้าตามมา

2. ปัญหาด้านครอบครัว ได้แก่

1) ไม่มีผู้ดูแลหลัก เนื่องจากครอบครัวต้องประกอบอาชีพ คนในครอบครัวต้องช่วยกันผลิตเปลี่ยนมาดูแลบางช่วงเวลา และมีบางเวลาที่ต้องปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพังหรือบางครั้งครอบครัวมีการจ้างคนดูแลแต่ดูแลไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา

2) ครอบครัวไม่พร้อม เนื่องจากไม่มีความรู้ กลัว ไม่กล้าทำ หนักใจ ไม่มั่นใจในการดูแลจากประเด็นดังนี้

2.1) การไม่มีความรู้ ในประเด็นต่อไปนี้ 2.1.1) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงไม่เป็น ไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรค อาการและการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ทราบสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรงก็จะนำส่งโรงพยาบาลทันที 2.1.2) ไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน เพราะไม่เคยมีประสบการณ์กับผู้ป่วยลักษณะนี้มาก่อนจึงไม่ทราบวิธีดูแล และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

2.2) กลัว ไม่กล้าทำ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ผู้ดูแลมักกลัวอันตรายหากขยับเขยื้อนอุปกรณ์ที่ตัวผู้ป่วย กลัวปฏิบัติไม่ถูกต้อง และกลัวผู้ป่วยเจ็บ

2.3) หนักใจ ไม่มั่นใจที่จะดูแล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน

3) มีภาระมากขึ้นแต่ละครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามสภาพความพิการของร่างกายต้องดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยทำกายภาพ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่าง ๆ และการค้นหาเงินมารักษา

4) สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ อันเนื่องมาจากการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่บ้าน มีภาวะเครียดซึ่งมักพบในครอบครัวที่

ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรือพึ่งพาตนเองได้น้อย ผู้ป่วยเอาแต่ใจโมโหร้าย และผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เหน็ดเหนื่อย การพักผ่อนลดลง เมื่อผนวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยมาด้วยยังส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลงมากขึ้น

5) ไม่มั่นใจที่จะดูแลแม้จะได้รับการสอนจากโรงพยาบาลมาเนื่องจากคิดว่าตนเองทำไม่ได้ และเห็นว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพหรือใช้วิธีจ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมมาดูแลแทน

3. ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ

1) บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ บุคลากรผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้านมีระดับความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันจึงให้ความรู้ และถ่ายทอดความรู้ได้ไม่เท่ากัน

2) ไม่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแบบทั่วไปไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว รวมถึงไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการดูแลของครอบครัว และเมื่อครอบครัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดยังขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามผลการดูแลของครอบครัวส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3) บุคลากรให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บุคลากรให้ความรู้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ป่วย และครอบครัวแบบผิวเผินไม่เน้นความสำคัญของการเจ็บป่วยสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมและเพียงพอ

4) การให้บริการไม่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ จากสภาพความพิการทางร่างกาย และสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความลำบากในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลแล้วต้องใช้เวลาในการรอตรวจรักษานาน ซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องทำมาหากินทำให้เกิดอุปสรรคในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยเองเมื่อ ใช้เวลาในการตรวจนานจะเกิดความไม่สุขสบาย เช่น อาการเจ็บก้นที่เป็นแผลทำให้ไม่อยากมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป

5) ขาดการประสานงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างหน่วยงาน ใน และนอกโรงพยาบาล ระบบประสานงานภายในโรงพยาบาลนั้นพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจะไม่มีการส่งต่อปัญหาที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการความช่วยเหลือทำให้แผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ต้องร่วมติดตาม เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านก็ไม่มีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบติดตามผลและประเมินการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งไม่มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (สิริชชา จิราภรณ์. 2552)

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการ การช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านดังนี้

1. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลผู้ป่วย สาเหตุและอาการผิดปกติที่ควรสังเกต ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึง ข้อมูลเหตุผลของการดูแลรักษา ยาที่ได้รับและแนวทางช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ โดยครอบครัวต้องการข้อมูลจากแพทย์โดยตรง รวมทั้งต้องการสื่อที่สามารถนำไปใช้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน เช่น เอกสารแผ่นพับ โดยเน้นจุดที่วางให้กระชับ หยิบได้สะดวก

2. ข้อมูลวิธีปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเองจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพการดูแลที่บ้านใกล้เคียงที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น และภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

จากผลการวิเคราะห์ทั้งหมดข้างต้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลมาออกแบบการให้แนะนำ และสร้างเป็นคู่มือการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

4.1.4 กลวิธีในการดูแลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548) และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวจะปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยได้ดีเช่นกัน (วีณา ลิ้มสกุล. 2545)

กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกผ่อนคลาย และลดการเกิดภาวะซึมเศร้า (วาทีณี เทียงธรรมดี. 2549) มีดังนี้

1. กิจกรรมที่สร้างความภาคภูมิใจของผู้ป่วย เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงเรื่องราวของตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตน
2. กิจกรรมสร้างความผ่อนคลาย และช่วยแก้ไขความบกพร่องบางส่วนของร่างกาย เช่น ออกกำลังกายร่วมกัน การทำกายภาพบำบัด การทำพิมเสนน้ำ การปลูกต้นไม้ เป็นต้น

นอกจากนี้งานวิจัยยังระบุอีกว่า คนตรีบำบัดเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ดอง ซู คิม (Dong Soo Kim. 2011) เปรียบเทียบผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยโปรแกรมของกิจกรรมดนตรีบำบัดนี้ใช้เวลา 40 นาที แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 5 นาทีแรก เปิดเพลงทักทาย และเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิต 30 ต่อมา

เป็นการวางแผนสำหรับกิจกรรมดนตรีรวมถึงการฝึกหายใจ ฝึกร้อง เล่นดนตรี แต่งเพลง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันจากนั้น 5 นาทีสุดท้าย สำหรับเพลงอาลา โดยมีอุปกรณ์อื่น ๆ เสริมระหว่างกิจกรรม เช่น อุปกรณ์เคาะจังหวะ วาดรูปภาพประกอบ เพลงที่แต่งมักจะเป็นเพลงเกี่ยวกับความรู้สึก เพลงเด็ก และเพลงพื้นเมือง (Dong Soo Kim. 2011) พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยลดความซึมเศร้า และช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วยให้มากขึ้นได้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่วิเคราะห์ได้สามารถสังเคราะห์เป็นกลวิธีสำหรับผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

1) การประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งที่ต้องประเมินประกอบด้วยความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน วิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่บ้าน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

2) การเรียนรู้วิธีปฏิบัติเพื่อการดูแล เช่น วิธีการดูแลกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการทำอาหารบนทางสายยางจากนักโภชนาบำบัด การเรียนรู้เรื่องอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ และการแก้ปัญหาในการทำอาหาร วิธีการให้อาหารที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน วิธีการดูดเสมหะ ลำดับตำแหน่งที่ดูดเสมหะตามลำดับก่อน-หลัง การทำกายภาพบำบัด และการสังเกตอาการผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3) การเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยเตรียมผู้ป่วยทุกด้านด้วยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จัดการปัญหาของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุดก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ด้านครอบครัวควรเตรียมความพร้อมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดย

3.1 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของการดูแล เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ต้องให้ความรู้ คำแนะนำ สอน และฝึกทักษะทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จนแน่ใจว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อให้มีพื้นฐานที่เพียงพอที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ด้วยตนเอง

3.2 ให้ครอบครัวเรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง การสอนความรู้และฝึกทักษะครอบครัวจนชำนาญจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สำคัญ และจำเป็นเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ละเอียด ถูกต้อง เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง

3.3 ยึดหยุ่นเวลาการสอน นัดหมายความพร้อมทั้งบุคลากรสุขภาพ และผู้ดูแลเพื่อให้ทุกฝ่ายเตรียมตัว และครอบครัวมีโอกาสเรียนรู้ทุกกิจกรรมตามที่กำหนดไว้

3.4 เน้นให้สามารถลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องเน้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติได้จริงต้องมีการสาธิตย้อนกลับซ้ำ ๆ และประเมินหลังการสอนทุกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าครอบครัวจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง

4) การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความจำเป็นต้องพึ่งพาแหล่งสนับสนุนในการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จากสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกันต้องการที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาการดูแล และต้องการบริการเยี่ยมบ้าน (สิริชา จิราจุรภัทร. 2552)

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้นำมาออกแบบคู่มือการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลขึ้น องค์ประกอบของสาระประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อาการบ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

4.1.6 การเยี่ยมบ้านแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

โดยระบุว่าในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งต้องการให้เกิดการเรียนรู้เรียนรู้เพิ่มเติมเรื่องอะไร และเมื่อลงไปเยี่ยมแล้วต้องมีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตเพื่อให้การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลควรได้รับการติดตามจากบุคลากรสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเยี่ยมบ้านมีผลดังนี้ (สิริชา จิราจุรภัทร. 2552) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญคือการประเมินศักยภาพ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลแล้วต้องการเรียนรู้เรื่องใดเพิ่มเติม รวมทั้งต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลว่าสามารถประเมินผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จริงหรือไม่ อย่างไร และต้องการทักษะการสังเกตใดพฤติกรรมของผู้ดูแลว่าสามารถประเมินผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร และต้องการทักษะการสังเกตใดเพิ่มเติม ควรกล่าวยกย่องชื่นชมผู้ดูแลที่ตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีเพื่อส่งเสริม และสนับสนุนจุดแข็งในการดูแลของครอบครัวรวมทั้งปรับทักษะที่ยังไม่พอของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลให้มากยิ่งขึ้น ควรเน้นปรับศักยภาพตามระดับของผู้ดูแลที่ประเมินได้ และสะท้อนศักยภาพของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไปเป็นระยะ เพื่อเสริมพลังอำนาจในการดูแล มีการติดตามผลการดูแลทางโทรศัพท์ หรือช่องทางทาง

สื่อสารอื่นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ดูแลมั่นใจในแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพ มีการกำหนดระยะห่างของการเยี่ยมบ้านตามระดับศักยภาพของผู้ดูแลที่ประเมินได้ ในการเยี่ยมแต่ละครั้งจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมในครั้งนั้น ความรู้และทักษะที่จำเป็นที่ผู้ดูแลควรได้รับ รูปแบบการประเมินผลที่ชัดเจน เช่น การถาม-ตอบ การสังเกต การลงมือปฏิบัติ เป็นต้น

สรุปได้ว่าการสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 21 เรื่อง ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ และค้นหาความรู้ให้เหมาะสมนำมาประมวลเป็นองค์ความรู้ในภาพรวม หลังจากนั้นสร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า (ภาคผนวก)

4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด ผู้ศึกษาได้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยางที่ประกอบด้วยขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การประเมินความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

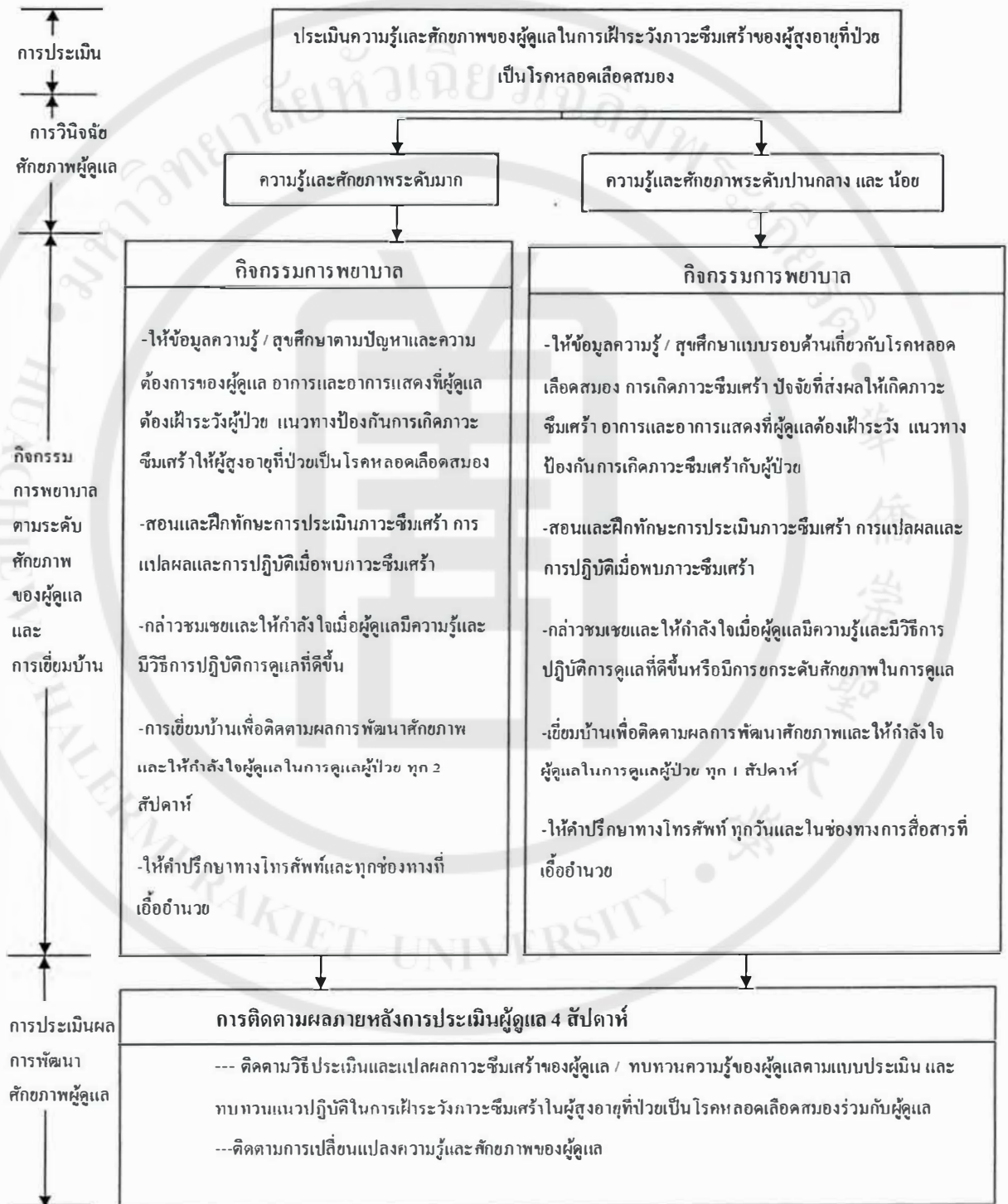
2) แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

ในแบบประเมินทั้ง 2 แบบจะกำหนดคะแนนการประเมินแต่ละข้อแล้วนำมากำหนดศักยภาพของผู้ดูแล 2 ระดับ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้ และศักยภาพในการดูแลน้อยและปานกลาง และ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้และศักยภาพในการดูแลมาก

ส่วนที่ 2 การเยี่ยมบ้านเพื่อการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลตามระดับความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลที่ประเมินได้สาระสำคัญที่เน้นสำหรับผู้ดูแลประกอบด้วย 1) โรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน

แผนภูมิที่ 4.1

ผลการสกัดแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านหนองยาง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549 : 57-59) 2 ขั้นตอนจากทั้งหมด 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรก คือ การค้นหาสิ่งกระตุ้นของการกำหนดปัญหา โดยผู้ศึกษาได้ค้นพบปัญหาจากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสัญญาณดังกล่าวได้สิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ พยาธิสภาพทางสมอง ประกอบกับความพิการ ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และการสื่อสาร ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าแนวปฏิบัติการสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะใช้เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน และติดตามรายปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือว่าตัวกระตุ้นทางความรู้ ประกอบกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีหลักฐาน และองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยเกิดขึ้นตลอดเวลา หรือวิธีการที่ดีที่ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติเป็นประจำพัฒนาขึ้นแต่ขาดการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง ขณะที่อุบัติการณ์และความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ความพิการ และความพิการนี้ขัดขวางการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ เน้นผู้ดูแลเป็นบุคคลหลักเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ดูแลยังไม่ทราบถึงความสำคัญของตนเอง และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องจึงเป็นเหตุให้ผู้ศึกษาสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

โดยให้ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นตอนของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเริ่มจากการกำหนด คำสำคัญเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 21 เรื่อง จากนั้นนำงานวิจัย ที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์แล้วสร้างข้อสรุปภาพรวมของความรู้จากงานวิจัย ร่วมกับการ บูรณาการองค์ความรู้ที่ได้จากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องออกมาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแนวปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือด สมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้า ระวังภาวะซึมเศร้า

2) แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ในแบบประเมินทั้ง 2 แบบจะกำหนดคะแนนการประเมินแต่ละข้อ แล้วนำมากำหนดศักยภาพของ ผู้ดูแล 2 ระดับ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้และศักยภาพในการดูแลน้อย และปานกลาง และ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้และศักยภาพในการดูแลมาก

ส่วนที่ 2 การเยี่ยมบ้านเพื่อการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลตามระดับความรู้และศักยภาพของ ผู้ดูแลที่ประเมินได้สาระสำคัญที่เน้นสำหรับผู้ดูแลประกอบด้วย 1) โรคหลอดเลือดสมอง และการ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโดยจัดเป็นเอกสารแผ่นพับและคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้า ระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ดูแล 2) อาการและอาการแสดงที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังแนวทาง ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วย และการบันทึกอาการของผู้ป่วยลงในตารางการบันทึก 3) แนวทางการปฏิบัติหรือแนวทางการขอรับความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่บ่งบอกถึงภาวะ ซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองโรคระยะนี้ เป็นระยะที่พยาบาล ผู้ดูแล ผู้ป่วย และชุมชนใช้แบบประเมิน PHQ-9 ภาษาไทยเนื่องจากเป็นแบบ ประเมินที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นแบบประเมินมาตรฐาน โดยกำหนดให้ผู้ดูแลประเมินภาวะ ซึมเศร้าที่อาจเกิดในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองทุกวัน

ส่วนที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวย่อยอีก 3 ส่วน คือ แนวปฏิบัติการ พยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ไม่พบอาการหรืออาการแสดง แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการหรืออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าระดับ

เล็กน้อย และแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการหรืออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาพบว่าสิ่งที่สอดคล้องและแตกต่างจากแนวปฏิบัติการพยาบาลอื่น ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาครั้งนี้เน้นแนวทางของรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพียง 2 ขั้นตอนจากทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ศึกษา (Evidence – Trigger Phase) ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Evidence – Supported Phase) ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาเสนอโครงการลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence – Observed Phase) ขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาของการวิเคราะห์แบบมีวิจารณญาณ (Evidence Based Phase) แตกต่างจากการศึกษาอื่น

อาทิ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของ ประทีป ปัญญา (2551) ซึ่งพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครบทุกขั้นตอนทำให้มีโครงสร้างและองค์ประกอบใน 2 ขั้นตอนแรกเหมือนกัน แต่มีรายละเอียดในแต่ละส่วนแตกต่างกัน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000) เป็นแนวทางเดียวกัน กลุ่มเป้าหมายคล้ายคลึงกันที่เป็นเช่นนี้เพราะการศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างในโรคที่ศึกษาและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่รวมทั้งการศึกษารั้วนี้ภาวะสุขภาพที่สนใจศึกษามีผลกระทบต่อดังกล่าวทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยทำให้จุดเน้นของแนวปฏิบัติการอยู่ที่การประเมินและการให้คำแนะนำระหว่างเยี่ยมบ้านเป็นสำคัญเนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายที่คล้ายกันแต่มีความแตกต่างด้วยบริบทเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย และแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ามุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีบทบาทหลักในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

2. สาระภายในแบบประเมินที่สร้างขึ้นมีการวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล 2 ส่วน คือ โรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่นการศึกษาของประทีป ปัญญา (2551) ทำการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย และ ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านซึ่งเป็นการดูแลเฉพาะด้านร่างกาย เท่านั้น ส่วนการศึกษาของ วาทีณี เทียงธรรมดี (2549) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นการดูแลเฉพาะด้านจิตใจเท่านั้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ จำเป็นต้องประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลทั้ง 2 ส่วน เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้นทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้และคู่มือการดูแลผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้ (จุโรเกลียงเกล้า. 2547 และ นิภาภัทร ภัทรพวงษ์บัณฑิต. 2548)

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านในขั้นของการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากเพื่อตอบสนอง มีความต้องการผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ต้องการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิราภรณ์ โนราช (2553) ที่ใช้การเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นวิธีการเชิงรุกที่ช่วยดึงศักยภาพของผู้ดูแลออกมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีประโยชน์ต่อการช่วยเฝ้าระวังอาการเตือนภาวะซึมเศร้าได้อย่างรวดเร็วส่งผลให้บุคลากรสุขภาพสามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลได้ทันทั่วถึง

5.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างจริงจังเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ใช้บริการ และครอบคลุมแบบบูรณาการไม่แยกส่วนของร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย

2. ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติเป็นระยะยาว และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมอยู่เสมอ

3. ควรเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปสู่สถานบริการพยาบาลอื่น ๆ เป็นการสร้างเครือข่ายสุขภาพ และเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4. ควรมีการนำไปทดลองใช้จริงก่อนการเผยแพร่เพื่อให้ทราบถึงผลหรือข้อจำกัดของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

5. ควรมีการจัดการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำการเฝ้าระวังได้ และพัฒนาต้นแบบของผู้ดูแลเพื่อขยายเครือข่ายการดูแลให้กว้างขวาง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครบถ้วนทุกขั้นตอนเพื่อให้แนวปฏิบัติที่ได้ถูกตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และเชิงสถิติจากการนำไปใช้จริงกับผู้ให้บริการ

2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้จริงในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มความมั่นคง และความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

3. ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบและรายละเอียดในแบบประเมิน และวิธีปฏิบัติเพื่อการคัดกรองโดยเลือกงานวิจัยที่พบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติลักษณะซ้ำ ๆ ให้มากที่สุดเพื่อให้สามารถประเมิน และกำหนดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยความไว และความเฉพาะสูงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. (2548) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. Songkla Med J 2005 ; 23 (suppl 2) : 229-237.
- จุไร เกลี้ยงเกลา. (2547) ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. พยม. (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ข้อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สันธ. (2555) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. J Nurs Sci 2012 ; 30 (1) : 28-39.
- ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. (2554) “ทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน ประเทศไทย. หน้า 59-65
- ทวี ตั้งเสรีและคณะ. (2546) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ม.ป.ท. : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. (2554) “ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56 (2) : 103 -116.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2011). “แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้” Thammasat Medical Journal. 11 (4)
- นิพนธ์ พงษ์วรินทร์. (2544) โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยม. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประทีป ปัญญา. (2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน. การค้นคว้าอิสระ พยม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วชิราภรณ์ โนราช. (2553) ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคมจากทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย. สธม. เชียงใหม่ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วาทีณี เทียงธรรมดี. (2549) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. การค้นคว้าอิสระ พยม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
- สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วีณา ลิ้มสกุล. (2545) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. พยม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระ ชูพร. (2542) “วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย” *Journal of Mental Health of Thailand*. 7 (3).
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548) ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยม. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริชา จิราภักดิ์. (2552) การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. พยม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551) ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อรสา ไชยทอง และ พิรพนธ์ ลีอนุวัชชัย. (2554) “ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56 (2).
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552) การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. พยม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงคาล. (2554) การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. พยม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544) จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5.
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วินต้าการพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2000) **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**. 2nd ed. Wilson Boulevard.
- Brownman, L. (2005) **Management of Client with Stroke. Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome**. 7th ed. Pp. 2107-2125.
- Caeiro L, Jose M. Ferro and Catarina O.Santos. (2006) **Depression in acute stroke**. J Psychiatry Neurosci ; 31 (8) : 377-83.
- Dong Soo Kim, et al. (2011) **Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patient**. Yonsei Med J 52 (6) : 977-981.
- Ebrahim S, Nouri F, Barer D. (1985) **Measuring disability after a stroke**. J Epidemiol Community Health. March; 39 (1) : 86–89.
- Fava M. and Kendler K.S. (2000) **Major Depressive Disorder**. Neuron. November. 28 : 335–341.
- Gorecki C.,Brown J.M., Anelson E., Briggs M., Schoonhoven L., Dealey C., et al. (2009). **Impact of pressure ulcers on quality of life in older patient: A systematic review**. J AM Geriatr Soc. ; 57 (7) : 1175-83
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., &Giger, J. N. (2002). **Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation**. Stroke, 33(8), 2060–2065.
- Hackett ML, Anderson CS. (2005) **Predictors of Depression after Stroke : A systematic review of Observational Studies**. Stroke. ; 36 : 2296-301.
- Hayn M.A. and Fisher. (1997) **TR.Stroke : Rehabilitation**. Nursing 97. p. 40-46.
- Holsboer, F. (1999) **The rationale for corticotrophin- releasing hormone receptor CRH-R antagonists to treat depression and anxiety**. J.Psychiatr. Res. 33, 181-214.
- Li SC,Wang KY,Lin JC. (2003). **Depression and related factors in elderly patient with occlusion stroke**. J Nurs Res. ; 11 (1) 9-18.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Lokk ,J. & Delbali ,A. (2010) **Management of depressive in elderly stroke patient.**
Neuropsychiatric disease and treatment, 6 : 539-549.
- Lotrakul M. ,et al. (2008) **Reliability and validity of the Thai version of the PHQ –9. BMC Psychiatry. 8 : 46.**
- Matthews, Dunbar-Jacob, Sereika, Schulz & McDowell (2004) **Journal of Gerontological Nursing.**
- Miller J.F. (1983) **Patient power resource. In J.F.Miller (Ed). Coping with Chronic illness : Overcoming Powerlessness. Philadelphia : F.A.Davis Company.**
- Robinson RG,Kubos KL,Star LB,et al. (1984) **Mood disorder in stroke patient:important of location of lesion. Brain ; 107 : 81-93.**
- Whyte E, Mulsant B. (2002) **Post stroke depression : epidemiology, pathophysiology and biological treatment. Biol Psychiatry. : 52 (3) : 253-264.**
- World Health Organization. (2000) **World Stroke Day.** Retrieved November 3, 2010, from <http://www.world Stroke>
- Santas , et al. (1990) **Social and Family Intergration of Hemiplegia Elderly Patients 1 Year After Stroke. Stroke. 20p. 1019-1022.**
- Santos M, Gold G, Kövari E, Herrmann FR, Hof PR, Bouras C, Giannakopoulos P. (2010) **Neuropathological analysis of lacunes and microvascular Lesions in late-onset Depression. Neuropathal appl Neurobiol. Dec ; 36 (7) : 661-72.**



ภาคผนวก

ผนวก ก.

ตารางสัปดาห์งานวิจัย

1. เรื่องงานวิจัย	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. 2548
แหล่งที่ตีพิมพ์	Songkla Med J 2005 ; 23 (suppl 2) : 229-237

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาอัตราของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ระหว่างเดือนกันยายน 2544 – มกราคม 2545 จำนวน 378 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการยืนยันด้วยภาพตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ไม่สูญเสียสมรรถภาพทางสมองไม่ได้รับยาด้านเศร้า (Antidepressant) โดยใช้ แต่บางรายได้รับยากล่อมประสาท (Tranquilizer) เพื่อช่วยเหลือนอนหลับ
setting	โรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง (Thai Mental State Examination: TMSE) ซึ่งแบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ การรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) ความใส่ใจ (attention) การคำนวณ (calculation) การระลึกได้ (recall) และความสามารถทางภาษา (language) เพื่อคัดกรองผู้ที่สูญเสียสมรรถภาพทางสมองออก เกณฑ์คือ ค่าคะแนน TMSE น้อยกว่า 23 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 2. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) โดยการสังเกตและบันทึกด้วยผู้สังเกต 3 คน มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (15-20) ปานกลาง (6-14) และน้อย (0-5)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12) ระดับเล็กน้อย (13-18) ปานกลาง (19-24) และรุนแรง (25-30) 4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งคณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House) วัดใน 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumentals) ข้อมูลข่าวสาร (Information) อารมณ์ (Emotional) และด้านการประเมิน (Appraisal) มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (41-60) ปานกลาง (21-40) ต่ำ (1-20)
ผลการศึกษา	อัตราของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 43.3 ,ปานกลางร้อยละ 42.9 , ระดับสูงร้อยละ 6.4 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศชาย, อาชีพรับราชการ/ธุรกิจส่วนตัว . การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ โดยเฉพาะอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัว ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย และเพศชายมีภาวะซึมเศร้าได้สูง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศมาปรับใช้ในข้อคำถามของการประเมินความรู้ และศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. เรื่องงานวิจัย	ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	จุไร เกลี้ยงเกลา. 2547
แหล่งที่ตีพิมพ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 30 คู่แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่ คุณสมบัติผู้ดูแล 1) เป็นผู้ดูแลโดยตรงและมีเวลา 2) อายุ 15 ปีขึ้นไป 3) ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป 4) ยินดีร่วมมือในการวิจัย คุณสมบัติผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากแบบประเมินที่พัฒนาโดย ขวลิ แฉ่มวงษ์ (2538) ในระดับปฏิบัติได้น้อย และปานกลาง 4) มีการรับรู้ปกติ ประเมินจาก TMSE (Thai Mental State Exam) มีคะแนน 5 คะแนน จาก 6 คะแนน 5) ยินดีเข้าร่วม และร่วมมือในการทำวิจัย
setting	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) / ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	แผนการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแผนให้ความรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะ หัวข้อสัจของเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรมผู้ป่วย กิจกรรมของญาติผู้ดูแล และการประเมินผล คู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การดูแลกิจวัตร

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ สื่อวีดิทัศน์ ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มีเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ดัดแปลงจากดัชนีบาร์เทล โดยชาติ เข้มวงศ์ (2538) จากคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน ทอนให้เหลือ 2 ใน 5 ส่วน คะแนนเต็ม 40 คะแนน แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประเมินความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินในวันแรก และวันสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย ถ้าผู้ดูแลได้คะแนนในระดับต่ำ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล และฝึกปฏิบัติผู้ดูแลเพิ่มเติมจนถึงระดับสูง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัวอื่น ๆ คะแนนดัชนีบาร์เทล เอ็ดดิล และคะแนนการทดสอบสภาพสมองไทย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วย
ผลการศึกษา	1. ภายหลังได้รับการเตรียมผู้ดูแล คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2. คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการเตรียมผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	การเตรียมผู้ดูแลโดยใช้แผนการและคู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพร้อมสื่อวีดิทัศน์ สามารถเพิ่มความความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำคู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลมาออกแบบแผนการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่มีศักยภาพในการดูแลแตกต่างกัน

3. เรื่องงานวิจัย

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
ในเขตชุมชนเมือง

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สิ้นธุ. 2555

แหล่งที่ตีพิมพ์

J Nurs Sci 2012 ; 30 (1) : 28-39

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ แผลกดทับ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยบางประการ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 168 คน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กันยายน 2553- มกราคม 2554 เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือใช้เครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) 2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 3) มีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของ ไทย [Thai Mental State Exam (TMSE)] มีค่าตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จาก 30 คะแนน
setting	เขตชุมชน จำนวน 3 เขต ได้แก่ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation Predictive Design) / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สัมพันธภาพของผู้ดูแล สถานภาพสมรส ข้อวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเกิดโรค โรคร่วม และยาที่ได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. แบบประเมินสภาพผิวหนัง (The Skin Assessment Tool) สร้างโดย Bergstrom²⁴ แปลโดย รัชชนันท์ ขวัญเมือง ใช้ประเมินการเกิดแผลกดทับของร่างกาย 28 ตำแหน่ง ซึ่งมีภาพประกอบในการบันทึกตำแหน่ง ระดับ และขนาดของแผลกดทับ 3. แบบวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง [The Canadian Neurological Scale (CNS)] ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 1.5 ถึง 11.5 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพิการเพียงเล็กน้อยไม่ต้องพึ่งพิงในการทำกิจกรรม คะแนนน้อย หมายถึง มีความพิการรุนแรงหรือต้องพึ่งพาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (The Social Support Scale) มีจำนวน 7 ข้อ ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 5. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) (TGDS) สร้างโดย Yesavage ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนนเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ทดสอบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ผลการศึกษา	1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยจำนวน 168 ราย สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.3 มีผู้ดูแล เป็นบุตรสาวร้อยละ 41.7 คู่สมรสร้อยละ 24.4 ญาติร้อยละ 13.7 บุตรชายร้อยละ 12.5 ลูกจ้างร้อยละ 6.5 และเพื่อนบ้านร้อยละ 1.2 2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 136 ราย (ร้อยละ 76.6) โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 44 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 25.6 และระดับรุนแรงร้อยละ 11.3 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า แผลกดทับ ($r = .427, p < .05$) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .293, p < .05$) เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคม ($r = -.385, p < .05$) เป็นปัจจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ส่งเสริมไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ ($r = .052, p > .05$) และอายุ ($r = .015, p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่นัยสำคัญทางสถิติ .05
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า คือ 1) การเกิดแผลกดทับซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าและมีภาวะซึมเศร้าตามมา 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้าไปพัฒนาแบบประเมินผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

4. เรื่องงานวิจัย

ทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล
ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม,
กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนก, ธนย์ชนก สุภาจารุพันธ์
มจิรุทธ มุ่งถิ่น และราม รังสินธุ์. 2554

แหล่งที่ตีพิมพ์

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันประเทศไทย. 2554 : 59-65

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาทัศนคติ ความรู้สึก และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยและบริการทางการแพทย์ 2. เพื่อศึกษา ความรู้สึก และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย 3. เพื่อศึกษาบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 122 รายที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2. อาศัยอยู่ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดือนมกราคม 2554 3. สามารถตอบคำถามได้เป็นอย่างดี
setting	อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดือนมกราคม 2554
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพการดูแล
ผลการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง 122 ราย เป็นชาย 39 ราย และเพศหญิง 83 ราย มีอายุเฉลี่ย 53.63 ± 12.76 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ดูแลออกเป็น 3 ประเภท 1. รู้สึกอยากดูแล พอใจที่ได้ดูแลไม่คิดเป็นการะ 2. ไม่ได้อยากดูแล แต่เป็นหน้าที่ ไม่คิดเป็นการะ 3. ไม่อยากดูแล เป็นการะมาก (อยากให้คนอื่นนำผู้ป่วยไปดูแลเลย)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ดูแลที่รู้สึกอยากดูแล พอใจที่ได้ดูแลไม่คิดเป็นภาระ รู้สึกว่าสงสารผู้ป่วย การดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณ 2. ผู้ดูแลไม่ได้อยากดูแลแต่เป็นหน้าที่ ไม่คิดเป็นภาระ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ เช่น ภรรยามีหน้าที่ในการดูแลสามี บุตรมีหน้าที่ในการดูแลบิดา มารดา 3. ผู้ดูแลไม่อยากดูแล เป็นภาระมาก รู้สึกความเครียด หงุดหงิดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย 4. ปัญหาของผู้ดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ เครียด ผู้ป่วยไม่ทำ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีเวลาให้ตนเอง นอนไม่หลับ และปัญหาด้านการเงิน จัดการกับปัญหาโดยพึ่งพระภิกษุ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำ เป็นต้น
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	ปัญหาของผู้ดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ เครียด ผู้ป่วยไม่ทำ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีเวลาให้ตนเอง นอนไม่หลับ และปัญหาด้านการเงิน จัดการกับปัญหาโดยพึ่งพระภิกษุ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำ เป็นต้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำปัญหาของผู้ดูแลที่พบบ่อยมาออกแบบการประเมิน และเป็นเนื้อหาในคู่มือสำหรับผู้ดูแล

5. เรื่องงานวิจัย	การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	นพ. ทวี ตั้งเสรี, พ.ญ. กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, พ.ญ. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชนี หัตถพรหม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และไพลิน ปรัชญอุปต์. 2546
แหล่งที่ตีพิมพ์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะค่า ความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์
กลุ่มตัวอย่าง	1. ผู้รับบริการ 36 คน ที่มารับการรักษาตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 19-21 พฤษภาคม 2546 2. ผู้ที่อยู่อาศัย ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น จำนวน 715 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Inclusion criteria) 1. อายุ 15 ปีขึ้นไป 2. สื่อสารกับผู้วิจัยได้รู้เรื่อง 3. ยินดีให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัย
setting	1. ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2. บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) / ระดับ 5
ผลการศึกษา	1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราช นครินทร์ ซึ่งมีการศึกษาพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้ การศึกษาระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือคัดกรองและศึกษาความตรงของ เนื้อหา โดยการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review literature) และประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน เป็นจิตแพทย์ 7 คน พยาบาล จิตเวช 10 คน จำนวน 2 ครั้ง ได้พัฒนาเครื่องมือฉบับร่างจาก Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Version 2.1 ของ WHO (1999) และของกรมสุขภาพจิต (2545) จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาษาโดยทำ Focus group 5 ภาค รวม 10 กลุ่ม เป็นผู้รับบริการจากสถานีอนามัย 5 กลุ่ม จากโรงพยาบาลชุมชน 5 กลุ่ม เนื่องจากต้องนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายแล้วดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือ โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 3 เพื่อพิจารณาผลการทำ focus group และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือได้เครื่องมือฉบับร่าง 15 ข้อ การศึกษาระยะที่ 2 ทำการศึกษา item analysis , discriminative power, factor analysis โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ วันที่ 6 - 15 พฤษภาคม 2546 กลุ่ม ตัวอย่าง 131 คน มีการเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยโรค โดยจิตแพทย์ การศึกษาระยะที่ 3 การหาค่าความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ 2 คน (Agreement study) เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 36 คน การศึกษาระยะที่ 4 การศึกษา Validity ของแบบคัดกรอง โดยเก็บข้อมูลจากชุมชนบ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 1. การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพในการศึกษาจากผู้รับบริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการศึกษา พบว่า 1.1 การวิเคราะห์คำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กับทุกข้อ โดยมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป มีเพียงข้อเดียว คือ ข้อ 8 รู้สึกว่าตนเองดื้อขี้ใจรั้ค่า มีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย คือ 0.3261 แต่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คงไว้ในการศึกษาครั้งต่อไป และให้ปรับปรุงข้อคำถามใหม่เพื่อให้สื่อความหมายได้มากยิ่งขึ้น คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8807 1.2 ผลการศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มปกติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีช่วงคะแนนที่อาจให้ผลบวกเท็จ และผลลบเท็จ อยู่ในช่วง 9.1 - 10.2 คะแนน

หัวข้อ	รายละเอียด
	1.3 ผลการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Mood component 2) Cognitive behavior component 3) Somatic component 1.4 การศึกษาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ในการศึกษา ความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ณ จุดตัดที่ 4/5 (4/5 หมายถึง 4 คะแนนถือว่าอยู่ในกลุ่มปกติ 5 คะแนน ถือว่าอยู่ในกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าต้องพบแพทย์ทุกคน) มีค่าความไวร้อยละ 95.4 ความจำเพาะร้อยละ 50.0 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 48.2 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 95.7 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 64.9 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร้อยละ 32.8 และผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าควรใช้จุดตัดที่ 4/5 ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าพบแพทย์ในการศึกษาในชุมชน 2. ผลการศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ 2 ท่าน (Agreement study) พบว่าค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.839 ($P < 0.001$) 3. การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในการศึกษา ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริมอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกันร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.9 รองลงมา 51 - 60 ปี ร้อยละ 22.9 อายุเฉลี่ย 50.81 (S.D. 16.96 Median 52 ปี Min 15 ปี Max 98 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.0 3.2 การวิเคราะห์คำถาม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation) มีความสัมพันธ์กันทุกข้อ โดยพิจารณาค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเมื่อทำการศึกษาในชุมชน เท่ากับ 0.8754

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีช่วงคะแนนที่อาจให้ผลบวกเท็จ และผลลบเท็จอยู่ในช่วง 5.8 - 6.1 คะแนน 3.4 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 3 component คือ 1. Mood component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ 1) รู้สึกจิตใจหม่นหมอง (เกือบตลอดทั้งวัน) 2) รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ 3) รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก 4) รู้สึกไม่มีความสุขสนุกสนานกับสิ่งที่เคยชอบ เคยทำ 5) รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น 6) รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง 7) รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากสูงส่งกับใคร 8) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า 2. Cognitive behavior component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ ข้อ 9) คิดอะไรไม่ออก 10) หลงลืมง่าย 11) คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ 12) ทำอะไรผิดพลาดเร็วกว่าปกติ 3. Somatic component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ ข้อ 13) รู้สึกอ่อนเพลียง่าย เหมือนไม่มีแรง 14) รู้สึกเบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อยกว่าเดิม 15) นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท สรุป แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบโดยมีค่า Eigenvalues ของทั้ง 3 องค์ประกอบครอบคลุม percent of variance ทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 58.52 3.5 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study) เป็นการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่า 3.5.1 จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองคือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไว ร้อยละ 86.8 ความจำเพาะร้อยละ 79.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 38.5 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.7 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 80.7 ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.7 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่ตรงถึงร้อยละ 89.9 (Area under ROC curve = 0.899) จุดตัดที่เหมาะสมของแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
	คัดกรองเมื่อจำแนกตามเพศหญิงพบว่า 6 คะแนนขึ้นไป เช่นกัน โดยมีค่าความไวร้อยละ 89.5 ความจำเพาะร้อยละ 81.1 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 44.4 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.7 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 82.3 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 14.5 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 91.2 (Area under ROC curve = 0.912) 3.5.2 จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองเมื่อจำแนกตามเพศชายพบว่าอยู่ที่ 8 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 73.3 ความจำเพาะร้อยละ 90.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 40.7 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.5 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 89.4 ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในเพศชายร้อยละ 7.9 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 84.2 (Area under ROC curve = 0.842)
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	แบบคัดกรองฉบับนี้ใช้วิธีการแปลผล โดยใช้ค่าจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งเป็นการศึกษาพัฒนาในรูปแบบของ Screening Test โดยแปลผลว่าเป็นคนปกติหรือเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าข้อคำถามของแบบประเมิน เครื่องชี้วัดความซึมเศร้าของ Beck (1961) เครื่องคัดกรองอาการซึมเศร้าเบื้องต้นของ Waguhih (1996) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (2003) โดยมีเนื้อหาข้อคำถามคล้ายคลึงกัน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้นำมาปรับใช้ในการออกแบบการประเมิน และการให้คำแนะนำผู้ดูแลให้ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือการแสดงออกทางอารมณ์เศร้า, การแสดงออกด้านความคิด และการกระทำ และการแสดงออกทางด้านไม่สบายทางกาย

6. เรื่องงานวิจัย ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่
 ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ. 2554
 แหล่งที่ตีพิมพ์ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 : 56 (2) : 103-116

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 426 ราย
setting	อำเภอสันป่าตอง และอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การศึกษาภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional study) / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1) แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ 2) แบบประเมินสถานะทางสุขภาพกาย และทางจิตสังคม ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การรับรู้ ถึงสถานะทางสุขภาพของตน ปัญหาการนอนหลับ การออกกำลังกาย การบริโภคสุรา การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง และความรู้สึกสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้าชนิดผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า
ผลการศึกษา	1. ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นร้อยละ 5.9 โดยเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 2. ผลการวิเคราะห์โดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($p<0.01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p<0.01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($p<0.001$) ความพอใจในสุขภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในระดับต่ำ ($p < 0.05$) การนอนไม่หลับ ($p < 0.01$) และความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เช่น Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เครื่องมือ Thai Beck Depression Inventory (TBDI) Geriatric Depression Scale (GDS) และ Beck Depression Inventory (BDI) เป็นต้น 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ สถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามาปรับใช้ในข้อคำถามของการประเมินความรู้ และศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และใช้ในการพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

7. เรื่องงานวิจัย

แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

ธรรมนาถ เจริญบุญ. 2011

แหล่งที่ตีพิมพ์

Thammasat Medical Journal, Vol.11 No.4. 2011

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ทบทวนความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย
กลุ่มตัวอย่าง	บทความที่เกี่ยวกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยถูกสืบค้นผ่าน Ovid, MEDLINE,ฐานข้อมูลงานวิจัยของประเทศไทย,ฐานข้อมูลบรรณานุกรม และ www.google.com . ใช้คำสำคัญว่า assessment, screening, measurement, inventory, scale, questionnaire, depressive, disorder, depression, Thai และภาษาไทย ได้แก่ แบบวัด, แบบประเมิน, แบบคัดกรอง, แบบสอบถามซึมเศร้า
setting	Ovid, MEDLINE,ฐานข้อมูลงานวิจัยของประเทศไทย,ฐานข้อมูลบรรณานุกรม และ www.google.com
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 17 แบบทดสอบ ซึ่งแปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 12 ฉบับ และเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองในประเทศไทย จำนวน 5 ฉบับ ผู้นิพนธ์ใช้ประเด็นในการพิจารณา ดังนี้ 1. เป้าหมายในการประเมิน 2. กลุ่มเป้าหมายในการประเมิน 3. วิธีการประเมิน 4. คุณสมบัติของเครื่องมือ 5. ประเด็นอื่น ๆ
ผลการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีอย่างน้อย 17 แบบทดสอบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่แปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 12 ฉบับ และเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองในประเทศไทย จำนวน 5 ฉบับ โดยเป็นเครื่องมือคัดกรอง 14 ฉบับ และ

หัวข้อ	รายละเอียด
	สำหรับประเมินความรุนแรง หรือติดตามอาการ 4 ฉบับ ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้แบบทดสอบ ผู้นิพนธ์ได้เสนอประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ เป้าหมายของการประเมิน, กลุ่มเป้าหมาย, วิธีการประเมินและคุณสมบัติของเครื่องมือ (validity and reliability) ซึ่งผลเป็นดังนี้ 1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Clinician-rated measure) ผู้สัมภาษณ์เป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือก่อน เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ตามหัวข้อที่มีในการประเมิน ข้อดี คือ มีความแม่นยำมาก สามารถใช้ในผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ลดปัญหาไม่เข้าใจในการตอบ แต่มีข้อด้อย คือ อาจไม่เหมาะกับการใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ๆ เพราะต้องใช้เวลาและบุคลากรจำนวนมาก แบบประเมินลักษณะนี้ได้แก่ HRSD, MADRS และ Thai version of the EURO-D scale ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีรายละเอียดเหมือนและแตกต่างกันบ้างในบางประเด็น เช่น HRSD (Hamilton rating scale for depression) มี 17 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินที่เป็นสากลที่ใช้ทั่วโลก, MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale) มี 10 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินที่เป็นสากล และ Thai version of the EURO-D scale มี 12 ข้อคำถาม ใช้ในผู้สูงอายุไทยที่อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป 2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self report measure) ผู้ถูกประเมินเป็นคนอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามลักษณะนี้มีประโยชน์ คือ ง่าย สามารถประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้ และไม่ต้องใช้บุคลากรมากแต่อาจมีข้อจำกัด คือ ผู้ตอบต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ และในบางครั้งผู้ตอบอาจสับสนไม่แน่ใจในข้อคำถามหรือวิธีการตอบแบบสอบถามได้ แบบประเมินที่จัดอยู่ในประเภทนี้ ได้แก่ TGDS, Thai- HADS, CDI, CES-D, HRSD, EPDS, PDSS, KGU-DI, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน และ PHQ-9 ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีรายละเอียดเหมือน แตกต่างกันบ้างในบางประเด็นเช่น TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ มี 30 ข้อคำถาม ใช้ในผู้สูงอายุ (60-70 ปี), Thai- HADS (Thai hospital anxiety and depression) มี 14 ข้อคำถาม อ้างอิงเกณฑ์ของ DSM III- R, CDI

หัวข้อ	รายละเอียด
	(Children's Depression Inventory) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ใช้ในเด็ก, CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวันรุ่น (15-18 ปี) มี 20 ข้อคำถาม, HRSR (Health-Related Self-Reported Scale) มี 20 ข้อคำถามซึ่งเป็นภาษาไทยเท่านั้น, EPDS (Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale) มี 10 ข้อคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) มี 35 ข้อคำถามในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, KCU-DI (Khon Kaen University depression inventory) มี 30 ข้อคำถาม ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไทยอีสานในกรณีที่ไม่อ่านหนังสือไม่ออก, และ PHQ-9 (Personal Health Questionnaire) ซึ่งใช้เกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) ในการสร้างข้อคำถาม ทั้ง 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน
ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย	ปัจจุบันแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีจำนวนมาก ดังนั้นก่อนการนำเครื่องวัดเหล่านี้ไปใช้ ผู้ใช้ความเข้าใจอย่างดีถึงลักษณะที่จะนำไปใช้ และคุณสมบัติของเครื่องมือ เพื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วน และผู้ใช้งานสามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำเครื่องมือที่เหมาะสมมาพัฒนาแบบประเมิน และพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

8. เรื่องงานวิจัย

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต. 2548

แหล่งที่ตีพิมพ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ และได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ต้องมี 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่ให้การดูแลหลักที่บ้าน 3) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมอง และมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified barthel ADL index) ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง (0-8 คะแนน) ปฏิบัติได้น้อย (9-17 คะแนน) ถึงปฏิบัติเองได้ปานกลาง (18-26 คะแนน) 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
setting	จังหวัดนครสวรรค์
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) / ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) แผนการสอนและให้ความรู้ 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
	แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของ จินนะรัตน์ ศรีภักตร์ภิญโญ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพผู้ป่วย 2) การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
ผลการศึกษา	1. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
ข้อมูลที่ได้สกัดได้จากงานวิจัย	โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนและคู่มือการดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสมุดบันทึกสุขภาพสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำการให้ความรู้มาพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

9. เรื่องงานวิจัย	ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคมจากทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	วชิราภรณ์ โนราช. 2553
แหล่งที่ตีพิมพ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1) ศึกษาความต้องการด้านร่างกาย จิตและสังคม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก (ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึง 2 ปี) และครอบครัวจากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) ศึกษาความต้องการด้านร่างกาย จิต และสังคม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (มากกว่า 2 ปีขึ้นไป) และครอบครัวจากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต และเข้ารับโครงการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วย 24 รายญาติผู้ป่วย 24 ราย (เป็นผู้ป่วย และญาติ ระยะแรก จำนวน 12 ราย และระยะเรื้อรัง 12 ราย) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ป่วย และผู้ดูแลอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 2) ต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด และมีเวลาดูแลมากที่สุด 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร
setting	แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) / ระดับ 5
	แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้าน กาย จิต และสังคม โดยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบ Semi-structure interview แบบสัมภาษณ์ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้าน กาย จิต และสังคม โดยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบ Semi-structure interview
ผลการศึกษา	ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1.ต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 2.ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่อการดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
	ตนเอง โดยแบ่งความต้องการเป็น 3 ด้าน คือ กาย จิต และสังคมต้องการได้รับพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก 1. ความต้องการการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะแรกต้องการได้รับการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้านในด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย และด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย 2. ความต้องการของครอบครัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะแรกต้องการให้ทีมเยี่ยมบ้านช่วยดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจเท่า ๆ กัน ต้องการการดูแลด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย 3. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการดูแลตัวเองจากทีมเยี่ยมบ้าน พบว่าครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการดูแลทางจิตใจเป็นอันดับแรก ความต้องการด้านกาย และสังคมเป็นอันดับรองลงมา กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง พบว่า 1. ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้านด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาด้านร่างกาย และด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย 2. ความต้องการของครอบครัวต่อทีมเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วย อันดับแรกคือด้านร่างกาย รองลงมาเป็นด้านจิตใจ และสังคมเป็นอันดับสุดท้าย 3. สำหรับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต้องการให้ทีมเยี่ยมดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลเป็นสำคัญ ด้านร่างกาย และสังคมรองลงมา ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย และญาติมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจเป็นอันดับแรก ส่วนด้านร่างกาย และสังคม รองลงมา เนื่องจากทีมสุขภาพดูแลด้านร่างกายเป็นอย่างดีอยู่แล้ว จึงควรให้ความสำคัญในการประคับประคองจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วย และครอบครัวไม่น้อยกว่าร่างกาย
ข้อมูลที่สำคัญจากงานวิจัย	ควรให้ความสำคัญต่อการประคับประคองจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วย และครอบครัวไม่น้อยกว่าการดูแลร่างกาย สำหรับด้านสังคมทั้งผู้ป่วย และญาติต้องการการดูแลด้านนี้น้อย อาจจากสังคมของแม่ข่าย เป็นสังคมชนบทที่เชื่ออาพร และการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ผู้ป่วย และญาติมีความต้องการให้ทีมสุขภาพลงเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนข้อมูลความรู้ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวของทีมเยี่ยมบ้านมาพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า



10. **เรื่องงานวิจัย** การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ วาทีณี เทียงธรรมดี, 2549
แหล่งที่ตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตจำนวน 9 คน มีคะแนนมากกว่า 6 คะแนน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง
setting	ชุมชนมหานาค
การออกแบบวิจัย/ ระดับ	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) / ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา	แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย กิจกรรมนันทนาการที่ผู้สูงอายุสนใจ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ถ้ามี 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยประเมินภาวะซึมเศร้ารุนแรงนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน 1. ประเมินสีหน้าของผู้สูงอายุ (บรรยาย) 2. ประเมินด้านร่างกาย 3. ประเมินด้านพฤติกรรม 4. ประเมินด้านความคิด ถ้ามีอาการทั้ง 4 ด้าน หมายถึง มีภาวะรุนแรง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (คัดกรองผู้มีคะแนนมากกว่า 6 คะแนน) จากนั้นประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการรักษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลางนำมาตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ กระดูก และข้อ การเคลื่อนไหวของข้อเข่า กลุ่มที่พบชีพจรไม่

หัวข้อ	รายละเอียด
	สมำเสมอ ความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ส่งรับการรักษา กลุ่มผิดปกติระบบข้อกระดูก
ผลการศึกษา	ให้นั่งบริหารร่างกาย 30 นาที แล้วร่วมกิจกรรมพร้อมกลุ่มที่ระบบข้อ และกระดูกปกติ กลุ่มที่ระบบข้อ และกระดูกปกติ ดำเนินการเข้าร่วมกิจกรรม 3 สัปดาห์ ดังนี้ ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที มีการอบอุ่นร่างกายก่อน และหลัง 5 นาที เข้าร่วมกิจกรรมสัมพันธ์โดยมีการแนะนำตัว และกิจกรรมส่งเสริมความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ 2 สัปดาห์ ๆ ละ ครั้ง มีกิจกรรมนันทนาการตามความสนใจของผู้สูงอายุซึ่งในแนวปฏิบัตินี้ใช้การทำพืชมเสนน้ำ และการปลูกต้นไม้แล้วประเมินซ้ำด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1. ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้สูงอายุมีคะแนนความซึมเศร้าระหว่าง 6- 13 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.22 และ 2.77 ตามลำดับ 2. ภายหลังการร่วมกิจกรรมกลุ่มตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนซึมเศร้าระหว่าง 4-5 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.89 และ 0.33 ตามลำดับ 3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Pair T – Test พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังร่วมกิจกรรมลดลงจากก่อน ทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.05$ <u>ข้อมูลจากการสังเกตขณะเข้าร่วมกิจกรรม</u> <u>กิจกรรมแนะนำตัวและกิจกรรมส่งเสริมความภาคภูมิใจ</u> : ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในเรื่องการปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาอิสลาม 4 ราย เลี้ยงลูกเป็นคนดีและปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม 4 ราย ภูมิใจที่ได้ใช้ชีวิตในชุมชนมหานาค 1 ราย และทุกคนภูมิใจที่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม <u>กิจกรรมออกกำลังกาย</u> : การออกกำลังกายเดินเร็ว ประมาณ 10 นาที ผู้สูงอายุเพศหญิงเดินไม่ไหวต้องหยุดเป็นระยะ ปรับมาออกกำลังกายบนเก้าอี้ 30 นาทีแทน ผู้สูงอายุชายทำได้ซึ่งผู้สูงอายุพึงพอใจ และต้องการทำ

หัวข้อ	รายละเอียด
	กิจกรรมออกกำลังกายทุกวัน และของเอกสารการออกกำลังกายเพื่อนำไปปฏิบัติเองด้วย <u>กิจกรรมทำพืมน้ำ</u> : ผู้ศึกษาให้วิธีสอนแบบมีส่วนร่วมสอนผู้สูงอายุทำพืมน้ำและให้นำกลับบ้าน ผู้สูงอายุมีความสุขในการทำกิจกรรม <u>กิจกรรมปลูกต้นไม้</u> : ร่วมกันปลูกต้นไม้บริเวณสุสานมัสยิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ และมีคุณค่าที่ได้ช่วยให้สภาพแวดล้อมในชุมชนสวยงาม
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	การให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม เช่น กิจกรรมส่งเสริมความภาคภูมิใจ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมพืมน้ำกิจกรรมปลูกต้นไม้ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นันทนาการและออกกำลังกายมาพัฒนาในคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

11. **เรื่องงานวิจัย** ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง
- ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์** วิณา ลิ้มสกุล. 2545
- แหล่งที่ตีพิมพ์** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา และจำหน่ายจากแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน Barthel ADL index น้อยกว่า 12 คะแนน จาก 20 คะแนน 3. มีการปรับตัวอยู่ระดับปานกลาง (91- 135 คะแนน) หรือระดับต่ำ (45 - 90 คะแนน) ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้าง 4. มีสภาพจิตปกติจากแบบทดสอบจิตจุฬา ≥ 15 คะแนน จาก 19 คะแนน 5. เข้าใจภาษาไทย และสื่อสารได้ 6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
setting	แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) / ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย หัวข้อสังเขปของเนื้อหา เนื้อหา วิธีการสอน และการประเมินผล ดำเนินการให้โปรแกรมโดยการสอน และฝึกทักษะการดูแล การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงวิธีการ โดยการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนให้กำลังใจส่งเสริมการปรับตัว 4 ด้าน 1) ด้านร่างกาย การให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะ การปฏิบัติดูแล และการฟื้นฟูสภาพ 2) ด้านอัตมโนทัศน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ วิธีการจัดการปัญหา วิธีการเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนให้กำลังใจ แสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยความรัก 3) ด้านบทบาทหน้าที่ ให้การสนับสนุน

หัวข้อ	รายละเอียด
	แสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยความรัก 3) ด้านบทบาทหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกันเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื้อหาครอบคลุมโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการปรับตัว ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การส่งเสริมการปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ ศาสนา เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างตามแนวทฤษฎีของรอย ข้อคำถาม 45 ข้อการแปลผล แบ่ง 3 ระดับคะแนน 136 – 180 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวสูง 91– 135 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวปานกลาง 45– 90 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวต่ำ
ผลการศึกษา	1. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวโดยการสอน และฝึกทักษะการดูแล การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงวิธีการ โดยการเยี่ยมบ้าน และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับตัวที่ดี

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำโปรแกรมการสนับสนุนการให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการจัดการกับปัญหา มาปรับใช้สร้างเป็นคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า และนำการเยี่ยมชมบ้านมาสร้างเป็นแนวทางการเยี่ยมชมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

12. เรื่องงานวิจัย วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย
 ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ วีระ ชูพร. 2542
 แหล่งที่ตีพิมพ์ Journal of Mental Health of Thailand 1999 ; 7 (3)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อสำรวจวิธีการจัดการภาวะซึมเศร้าของคนไทย
กลุ่มตัวอย่าง	ประชากรในเขตสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตของประเทศไทย จำนวน 7,432
setting	ประเทศไทย
การออกแบบ วิจัย / ระดับ	งานวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	แบบการวัดอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI) แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปกติ ระดับอารมณ์เบี่ยงเบนเล็กน้อย และระดับที่ภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากถึงขั้นต้องพบแพทย์ แบบวัดวิธีการจัดการกับปัญหาของ Jalowice (Jalowice Coping Scale) แบ่งวิธีการจัดการกับปัญหาออกเป็น 8 วิธี คือ 1) วิธีการเผชิญปัญหา คือ หาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยตรง 2) วิธีการหลีกเลี่ยง คือ หลบหนีปัญหาโดยหวังว่าปัญหาคจะผ่านไปเอง 3) มองโลกในแง่ดี คือ พยายามมองให้เป็นทางบวกมีอารมณ์ขัน 4) มองโลกแง่ร้าย คือ เชื่อในเคราะห์กรรม ล้นหวัง 5) การระบายอารมณ์ คือ แสดงอารมณ์เปิดเผยออกมาให้ผู้อื่นรับรู้ 6) การเบี่ยงเบนความรู้สึก คือ หางานอื่นทำ 7) การอาศัยแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือ คือ ปรึกษาขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และ 8) การพึ่งตนเอง คือ ทำให้สำเร็จด้วยตนเอง
ผลการศึกษา	จากการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบการวัดอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI) พบว่า ประชากรร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ควรพบแพทย์ ร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 25.7 อยู่ในระดับอารมณ์เบี่ยงเบนเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ การมองโลกในแง่ดี สำหรับกลุ่มที่มีความซึมเศร้าสูง มีวิธีการจัดการกับปัญหา คือ การระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย และจากการวิเคราะห์โดยสถิติ Multiple regression พบว่าวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา การมองโลกในแง่ร้าย การบรรเทาอารมณ์ และ

หัวข้อ	รายละเอียด
	การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	1. กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ การมองโลกในแง่ดี น้อยที่สุด คือ การระบายอารมณ์ 2. กลุ่มที่มีความซึมเศร้าสูงมีวิธีการจัดการ คือ การระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย เป็นส่วนใหญ่
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำวิธีการจัดการ กับภาวะซึมเศร้าไปใช้ในการพัฒนาคู่มือเพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ดูแล และการจัดการในฐานะผู้ดูแลสามารถสรุปข้อค้นพบได้ 3 ประเด็น 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 2) การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคม 3) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวัน และที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยซึ่งผู้ดูแลมีเหตุผลของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยสืบเนื่องจากความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบซึ่งเป็นค่านิยมบรรทัดฐานของคนไทย ส่วนการจัดการในฐานะผู้ดูแลเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	1. ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นค่านิยมบรรทัดฐานของคนไทย 2. ผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของ โรคหลอดเลือดสมอง ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพัฒนาวิธีปฏิบัติพยาบาล และการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยออกแบบการเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับผู้ดูแล และดำเนินการติดตามผลการเฝ้าระวังโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

14. เรื่องงานวิจัย

การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

สิริชชา จิราจุรภัทร. 2552

แหล่งที่ตีพิมพ์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และความคาดหวังบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 2. เพื่อสังเคราะห์แนวปฏิบัติเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
กลุ่มตัวอย่าง	แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ครอบครัว เป็นผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ 2 ราย และสมาชิกครอบครัวหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก 8 ราย ซึ่งผู้ป่วย 8 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเส้นเลือดตีบ จำนวน 6 ราย จากเส้นเลือดสมองแตก 2 ราย 2. บุคลากรสุขภาพที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 4-30 ปี จำนวน 10 ราย
setting	กรุงเทพมหานคร
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	ตัวผู้วิจัย แบบรวบรวมข้อมูล 1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ และการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ (ก่อนเป็นผู้ดูแลหลัก) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หน้าที่ของผู้ดูแล ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล 3. แบบรวบรวมข้อมูลของบุคลากรสุขภาพ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน บทบาทหน้าที่ ศาสนา ระดับการศึกษา 4. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังการบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เทปบันทึกเสียง สำหรับบันทึกเสียงผู้ดูแลและผู้ป่วย
ผลการศึกษา	<u>ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน</u> 1.ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ติดเชื้อที่ปอด 2) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3) เป็นแผลกดทับ 4) ได้อาหารไม่เพียงพอ 5) ขาดยาจนโรคกำเริบ 6) กระดูกหักจากอุบัติเหตุ 7) ซึมเศร้า 8) ท้อแท้เบื่อหน่าย 9) หงุดหงิดโมโหง่าย 10) กังวลใจ 2.ปัญหาด้านครอบครัว ได้แก่ 1) ไม่มีผู้ดูแลหลัก 2) ครอบครัวไม่พร้อม 3) มีภาระมากขึ้น 4) มีปัญหาสุขภาพ 5) วิถีชีวิตเปลี่ยนไป 6) หย่อนการดูแล 3. ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ 1) บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ 2) ไม่มีแนวทางปฏิบัติ 3) ให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอ 4) รับบริการไม่สะดวก ลำบาก 5) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษา 6) ขาดการประสานงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
	<u>ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน</u> 1) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ต้องการรู้ทุกเรื่องและรู้ตั้งแต่เริ่มป่วย โดยการให้ความรู้ต้องเข้าใจง่าย 2) เรียนรู้การปฏิบัติการดูแล เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติ 3) การเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน ทั้งเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่จำเป็น 4) การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความจำเป็นต้องพึ่งพาแหล่งสนับสนุนในการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกัน ที่ปรึกษาปัญหาการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน <u>ความคาดหวังการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</u> เป็นมุมมองของบุคลากรสุขภาพทั้งหมด คาดหวังว่าการบริการควรเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และสามารถแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการจัดบริการสุขภาพ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการบริการเฉพาะที่ที่หลากหลาย เช่น การบริการเปลี่ยนสายต่าง ๆ การเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาที่เข้าถึง เช่น การใช้โทรศัพท์ การส่งจดหมาย เพื่อความสะดวก กรณีที่บุคลากรสุขภาพไม่สามารถออกไปเยี่ยมผู้ป่วยได้ และสามารถแก้ไขปัญหาค่ะระดับหนึ่ง การบริการแพทย์ทางไกลเพื่อฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการภาวะแทรกซ้อน 2) มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ คือ การมีแนวทางการดูแลรักษาเป็นแนวทางปฏิบัติเฉพาะเน้นแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการติดต่อประสานงาน ติดตามงานให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลที่บ้าน ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 3) มีการเตรียมบุคลากร ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างดีมีความสามารถ และศักยภาพในการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้าโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน สนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างดี เพื่อทราบปัญหาที่แท้จริงที่จะนำมาวางแผน หรือหาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง สามารถตอบสนองตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	และครอบครัวได้ครอบคลุมทุกเรื่อง ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวตลอดจนติดต่อประสานงานหรือส่งต่อไปยังแผนกหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 4) มีทีมให้ความรู้ <u>ทีมพยาบาล</u> ควรมีการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจ ในความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วย และครอบครัวตามสภาพปัญหา และความต้องการ เน้นการให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะต่าง ๆ ควรจัดเป็นทีมตั้งแต่ 2 คน ขึ้น ไปใช้เวลานานเวลา ปฏิบัติงานเข้าไปทำหน้าที่สอน และให้ความรู้ เพื่อเพิ่มจุดสนใจ และความแตกต่างจากสภาพเดิมที่ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับอยู่เพื่อเป็นการดึงดูด และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วย และครอบครัว <u>ทีมฟื้นฟูสภาพ</u> ควรให้ทีมจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่แล้วรับบทบาท และหน้าที่ในการวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสอนวิธีดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับผู้ป่วย และครอบครัวร่วมด้วย <u>ทีมสหสาขาวิชาชีพ</u> ทีมให้ความรู้ควรเป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพหลากหลายสาขา เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในแต่ละรายให้ครอบคลุมทุกเรื่อง จนผู้ป่วย และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะ และมีศักยภาพอย่างเพียงพอจนสามารถจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ 5) มีระบบประสานงานการบริการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักต้องมีการจัดการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยต้องมีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ในระบบประสานงานการบริการ เพื่อติดต่อประสานงาน ติดตามงาน เชื่อมโยงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการติดต่อประสานงานทั้งใน และนอกโรงพยาบาล
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	1. ความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีดังนี้ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแล, เรียนรู้การปฏิบัติการดูแล, การเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน, การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความจำเป็นต้องพึ่งพาแหล่งสนับสนุนในการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกันที่ปรึกษาปัญหาการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน 2. ความคาดหวังการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นมุมมองของบุคลากรสุขภาพที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	คาดหวังว่าการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการจัดบริการสุขภาพ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการบริการเฉพาะที่ที่หลากหลาย 2) มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ 3) มีการเตรียมบุคลากร 4) มีทีมให้ความรู้ 5) มีระบบประสานงานการบริการดูแลที่ต่อเนื่อง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การนำสิ่งที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องการและระบบบริการที่คาดหวังมาปรับใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งการประเมินสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และคู่มือเยี่ยมบ้าน

15. **เรื่องงานวิจัย** ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ
 ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
- ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์** อรสา ไชยทอง และพิรพนธ์ ลีอนุชวณิช. 2554
- แหล่งที่ตีพิมพ์** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 ; 56 (2) : 117-128

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553
setting	จังหวัดนนทบุรี
การออกแบบ วิจัย / ระดับ	Correlation study. Non- Experimental Design. / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สถานภาพ การศึกษา ประกอบอาชีพ รายได้ ฐานะการเงิน ครอบครัว ที่พักอาศัย การพักอาศัยอยู่กับกลุ่มสมรส หรืออยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติ โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) มีข้อคำถาม 19 ข้อ ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-76 คะแนน โดยคะแนนที่มี ค่ามากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Complicated grief or bereavement) 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) มีข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน โดย 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง 4) แบบประเมิน ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ คะแนนรวมจะ

หัวข้อ	รายละเอียด
	อยู่ตั้งแต่ 0-35 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.)
ผลการศึกษา	ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$)
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลถึงที่ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไปกำหนดรายละเอียดในการประเมินผู้ดูแลในแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า



16. **เรื่องงานวิจัย** การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
- ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์** อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2552
- แหล่งที่ตีพิมพ์** มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย และครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 2. สังเคราะห์แนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน
setting	โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
การออกแบบวิจัย	งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย) ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ และการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ (ก่อนเป็นผู้ดูแลหลัก) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หน้าที่ของผู้ดูแล ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลบุคลากรสุขภาพ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน บทบาทหน้าที่ ศาสนา ระดับการศึกษา แนวคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามความรับรู้ของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	แนวคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามความรู้ของครอบครัว แนวคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามความรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ผลการศึกษา	ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง <u>ปัญหาของผู้ป่วย</u> 1) ขาดผู้ดูแล 2) สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย 3) รายได้ลดลง ทำให้จ่ายเพิ่มขึ้น 4) ปัญหาการขับถ่าย 5) ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องพึ่งพาทำกิจวัตรประจำวัน 6) ปัญหาทางด้านจิตใจ <u>ปัญหาของครอบครัว</u> 1) ไม่มั่นใจที่จะดูแล 2) ไม่รู้ว่าดูแลอย่างไร 3) ข้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมมาดูแล 4) ดูแลไม่ไหว 5) หาซื้อเลือกอุปกรณ์ไม่เป็น 6) มีปัญหาด้านจิตใจ <u>ปัญหาของระบบบริการ</u> 1) ระยะเวลาทำกายภาพบำบัดมีน้อย 2) การเตรียมผู้ดูแลหลักไม่พอ 3) ผู้ดูแลหลักไม่มีส่วนร่วมในการดูแลที่โรงพยาบาล 4) ขาดการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง แนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่ายังไม่มีเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลอย่างเพียงพอ และระบบบริการสุขภาพยังไม่ต่อเนื่อง
ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย	การเกิดปัญหาของทุกฝ่ายเกิดจากการขาดช่วงของกิจกรรมการดูแล การส่งต่อ การติดต่อประสานงานที่ทำเพื่อการดูแลผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลเรื่องปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยวิธีปฏิบัติพยาบาล และวิธีการเยี่ยมบ้านในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง

17. เรื่องงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

แหล่งที่ตีพิมพ์

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล โกสุมพิสัย และเครือข่าย

อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. 2554

มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาล โกสุมพิสัย และเครือข่าย 2. พัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3. ส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 97 คน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 23 คน ผู้ดูแลหลัก 23คน แกนนำชุมชน 35คน และผู้ให้บริการทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล โกสุมพิสัย และเครือข่ายปฐมภูมิ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล (ศสช.รพ) โกสุมพิสัย รวม 16 คน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
setting	พื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง คือ เทศบาลหัวขวาง และองค์การบริหารส่วนตำบลหัวขวาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง สิงหาคม 2554
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้ 1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้แบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (ACIC) ซึ่งแบ่งตามองค์ประกอบการดูแล จำนวน 4 ตอน <u>ตอนที่ 1</u> การจัดระบบบริการสุขภาพ <u>ตอนที่ 2</u> การประสานงานกับชุมชน <u>ตอนที่ 3</u> ระดับปฏิบัติการ <u>ตอนที่ 4</u> การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล (กรณี

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล และ สังเกต) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มแกนนำชุมชน โดยสัมภาษณ์รายบุคคล 2. แบบประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งผู้ศึกษาจัดทำขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง และความก้าวหน้าใน การดูแลผู้ป่วย 3. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล โกสุมพิสัย เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายโดยทีม สหวิชาชีพขณะนอนโรงพยาบาลให้ ศสช.รพ.โกสุมพิสัย หรือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดูแลต่อ 4. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (สำนักงานควบคุมโรค, 2553) โดยปรับปรุงแบบฟอร์มให้ อสม. สามารถ ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต การแปลผล และส่งต่อผู้มี ความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม 5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ต่อการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด 6. แบบสังเกตและจดบันทึก สังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ในการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง 7. คู่มือการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็นนวัตกรรมที่ผู้ศึกษา และผู้ร่วมพัฒนาสร้างขึ้น เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 8. คู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการของโรงพยาบาลและเครือข่าย ได้แก่ แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ทั่วไป และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา. 2550)

หัวข้อ	รายละเอียด
	9. สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบันทึกการดูแลผู้ป่วย และนัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง โดยใช้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอสม.
ผลการศึกษา	ผลการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า 1) ผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ตระหนักในการดูแล ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมตนเอง 2) การวางแผนดูแล และติดตามเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพยังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้บริการ ขาดการติดตาม และประเมินผลการดูแล อสม.หรือแกนนำชุมชน 3) ชุมชนยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางที่ชัดเจนในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การวางแผนพัฒนา โดย 1) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 2) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักร่วมกันวางแผนเพื่อติดตามเยี่ยม และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดทำสื่อให้ความรู้ แนะนำ สอนผู้ป่วย และญาติ 3) อสม.ให้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย 4) มีระบบการขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้ดูแล และอสม. สำหรับการเฝ้าระวังมีการคัดกรองกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแล โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 5.8 เป็น 7.8 คะแนน และหลังการพัฒนาผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.9
ข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัย	- ต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้ โดยมีการจัดทำสื่อให้ความรู้เพื่อสอนผู้ดูแล - อสม.มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยโดยเฝ้าระวังมีการคัดกรองกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง - มีระบบการเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้ดูแล และอสม. - ในการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ปรับใช้ในข้อคำถามของการประเมินความรู้ และศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือสำหรับผู้ดูแล - จัดทำสื่อให้ความรู้ แนะนำ สอนผู้ป่วยและญาติโดยสร้างคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน - นำมาพัฒนากิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแล และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแล

18. เรื่องงานวิจัย

Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patient

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

Dong Soo Kim, et al. 2011.

แหล่งที่ตีพิมพ์

Yonsei Med J 52 (2) : 977-981, 2011.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดที่มีต่ออารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง 2. ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง 18 ราย ภายในระยะ 6 เดือนของการมีอาการ ได้นอนพักรักษาที่ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ รพ.กังนัม ประเทศเกาหลี และคะแนนสถานะจิตจากการตรวจสอบโดย MMSE (Mini Mental Status Examination) ที่คะแนนมากกว่า 20 เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มดนตรี และการควบคุม 9 คนได้เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมดนตรีบำบัดร่วมกับการบำบัดทั่วไป อีก 9 คนเข้ารับการบำบัดทั่วไป
setting	แผนกการฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกังนัม ประเทศเกาหลี
การออกแบบวิจัย / ระดับ	Controlled Trail without Randomized / ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	BAI (Beck Anxiety Inventory) มี 21 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคย = 0 คะแนน / บางครั้ง = 1 คะแนน / บ่อยครั้ง = 2 คะแนน / เป็นประจำ = 3 คะแนน <u>การแปลผล</u> ระดับคะแนน 0-9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล ระดับคะแนน 10-16 มีภาวะวิตกกังวลเล็กน้อย ระดับคะแนน 17-29 มีภาวะวิตกกังวลปานกลาง ระดับคะแนน 30-63 วิตกกังวลรุนแรง BDI (Beck Depression Inventory) ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละข้อคำตอบว่า ไม่เคย = 0 คะแนน / บางครั้ง = 1 คะแนน / บ่อยครั้ง = 2 คะแนน / เป็นประจำ = 3 คะแนน คะแนนรวม ระดับอาการซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
	0- 10 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal) 11-16 อารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย (Mild mood disturbance) 17-20 เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline clinical depression)
	21-30 อาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate depression) 31-40 อาการซึมเศร้าในระดับสูง (Severe depression) 40 คะแนนขึ้นไปอาการซึมเศร้าอย่างสุดขีด (Extreme depression) MMSE เป็นเครื่องมือประเมินพื้นฐานที่นิยมใช้กันทั่วไปคือการตรวจสภาพจิตอย่างย่อมีหลักการตรวจ และให้คะแนนการทำงานของสมองใน 8 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา, การรับรู้สถานที่, การรับข้อมูลใหม่, ความสนใจ การคำนวณ, การระลึกข้อมูลภาษา, การลอกเลียน และการสั่งการของสมอง การทดสอบนี้มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คนปกติควรได้ 25 คะแนนขึ้นไป ถ้าได้คะแนนต่ำกว่านั้นแสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นเล็กน้อยตามคะแนนที่ได้ The Music Therapy Program เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลา 40 นาที 5 นาทีแรกเป็นเพลงทักทายและแบ่งปันประสบการณ์ชีวิต 30 นาทีต่อมาเป็นกิจกรรมวางแผนทางดนตรีซึ่งประกอบด้วย การฝึกหายใจ การออกเสียง เล่นชั่วคราว เล่นระฆังมือ ร้องเพลง แต่งเพลง และการแสดงออกในการปรับแต่งกับเพลง และร่วมกันของความรู้สึกและเพลงลาใน 5 นาทีสุดท้าย
ผลการศึกษา	1. หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัด มีค่าคะแนน BAI และ BDI ลดลงแต่มีเพียงการลดลงของคะแนน BDI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.048$) 2. ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในดนตรีบำบัดที่ช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย	การนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอารมณ์ซึมเศร้า และวิตกกังวลได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค

19. เรื่องงานวิจัย

Management of depressive in elderly stroke patient

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

Johan Lekk, Ahmad Delbali. 2010

แหล่งที่ตีพิมพ์

Neuropsychiatric disease and treatment 2010 : 6 539-549

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เป็นการศึกษาเพื่อรักษาหาแนวทาง และลดอาการซึมเศร้าพัฒนาอารมณ์ และคุณภาพชีวิต
กลุ่มตัวอย่าง	เอกสารความรู้ที่มีค่าสำคัญเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้าเฉพาะภาษาอังกฤษ ตีพิมพ์ตั้งแต่ 1981-2010
setting	Pubmed database
การออกแบบวิจัย / ระดับ	ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) / ระดับ 1
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เอกสารความรู้จากฐานข้อมูล PubMed ที่มีค่าสำคัญเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ และภาวะสมองขาดเลือดเฉพาะภาษาอังกฤษตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1981-2010 คัดเลือกเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2,547 ฉบับ คัดเหลือ 274 ฉบับ หลังจากดูบทคัดย่อแล้วคัดเหลือ 150 หลังจากดูรายละเอียด และเหลือ 67 ฉบับที่เนื้อหาตรงที่ต้องการ
ผลการศึกษา	1. ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในช่วง 2-3 ปี หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราความชุกอยู่ในช่วง ร้อยละ 6 ถึง 79 อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดกับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล (หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ดึกผู้ป่วยทั่วไป หรือแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ) มากกว่าในชุมชน ความแตกต่างของคำจำกัดความภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และข้อบ่งชี้ในการเลือกผู้ป่วย (รวมทั้งผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าด้วย) ร่วมกับผลของการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ ในระยะเฉียบพลัน (1 เดือนหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) ความถี่ของการเกิดภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 30, 33 และ 36 ในการฟื้นฟูสภาพ, ชุมชน และในโรงพยาบาล ตามลำดับ ระยะ 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อ	รายละเอียด
	ความถี่ของการพบภาวะซึมเศร้าในหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 36 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแล้วมากกว่าในชุมชน และในโรงพยาบาล ความถี่ในการพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 55 ปี (เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป) พบในผู้หญิงร้อยละ 18 และในผู้ชายร้อยละ 11 กลุ่มผู้สูงอายุในอเมริกา การสำรวจชุมชนพบว่า ผู้ชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.9 และผู้หญิงร้อยละ 64.1 พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง การถูกทำลายของทางผ่านสารสื่อประสาท ทำให้ลดการหลั่งของสารสื่อประสาทแคโทโคลามีนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า การถูกทำลายของสารประกอบเอมีน พบได้หลังระบบสมองส่วนหน้าเกิดภาวะขาดเลือด อย่างไรก็ตามยังมีข้อโต้แย้งในงานวิจัย ว่าสุขภาพจิตเป็นพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองความสัมพันธ์นี้คล้ายกันทั้งอาการแสดง และการตอบสนองด้านการรักษา งานวิจัยของคาร์สัน และคณะ (Carson, et al. 2005) เสนอว่าความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกี่ยวข้องกับบริเวณของสมองที่เกิดรอยโรค 3. การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระดับอาการแสดง ร่วมกับการขาดความสนใจ และอาการทางอารมณ์ที่เกี่ยวกับการสูญเสีย และรู้สึกผิด การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ มีผลมาจากการสูญเสียความจำ การอ่อนเพลียไม่มีแรง รูปแบบการนอนที่เปลี่ยนแปลง ระบบจิตใจ ประสาทที่ถดถอย และความสิ้นหวังในอนาคตของคน เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง การแยกตัวจากสังคม, การใช้ชีวิตลำพัง, การสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย หรือการมีประวัติมีภาวะซึมเศร้ามาก่อนเป็นตัวที่ช่วยทำนายความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตามไม่ใช่ทุกการวิจัยที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือด

หัวข้อ	รายละเอียด
	สมองกับปัจจัยทางสังคม เช่น การแยกตัว และใช้ชีวิตลำพังหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บางงานวิจัยระบุความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองคล้ายคลึงกัน เช่น การลดลงของกิจกรรมทางสังคม การล้มเหลวเมื่อกลับไปทำงาน การมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการฟื้นฟูสภาพ เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองน้อย ยังไม่มีการรายงานความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับการเกิดภาวะซึมเศร้า มีรายงานว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนผ่านไป จะเป็นไปได้มากกว่าที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในปีต่อมา ในการรายงานบททบทวนงานวิจัย 35 รายการ โดย คาร์สัน และคณะ (Carson, et al. 2000) เสนอว่าไม่มีข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับตำแหน่งของการเกิดโรคที่สมองและความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางรายการพบว่าความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สมองซีกซ้าย งานวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซีกขวา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซีกซ้ายไม่น่าจะมีผลแต่จะมีปัญหาด้านภาษาจากภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ในทางตรงข้ามบางงานวิจัยบ่งบอกว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สมองซีกซ้ายมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แฮคเค็ต และแอนเดอร์สัน (Hackett & Anderson. 2005) การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสูญเสียความสามารถทางร่างกาย และการสูญเสียความจำ 5. การคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลากหลาย เช่น Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC), Beck Depression Inventory-Fast Screen (BDI-FS)

หัวข้อ	รายละเอียด
	แฮคเค็ท และแอนเดอร์สัน (Hackett & Anderson. 2005) แนะนำให้ใช้มาตรฐานการวินิจฉัยเฉพาะที่อ้างอิงการวินิจฉัยโดยอิงเกณฑ์ของ DSM-IV-TR DSM-IV, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition) เมื่อพบ 5 อาการแสดงหรือมากกว่านั้นที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากวินิจฉัยได้ง่ายและรวดเร็ว <u>ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่อ้างอิง DSM4</u> สังเกตอาการในช่วง 2 สัปดาห์ ดังนี้ เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร/ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้/ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป/เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง/ เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป/ รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง/ สมองไม่ดีเวลาทำอะไรที่ต้องใช้ความตั้งใจ/ พุดซ้ำ หรือทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็น หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่ง/ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปก็คงดี มีอาการ 5 อาการหรือมากกว่าจัดว่าเป็นโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่แนะนำในการดูแลผู้ป่วย การมีปัจจัยเสี่ยงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การจัดการส่งต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 6. แนวทางการจัดการกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาภาวะซึมเศร้าทุกรูปแบบมักปรับตามความจำเป็นของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย สิทธิผู้ป่วย และคุณค่าของการรักษา การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักใช้ร่วมกันระหว่างการให้ยา ใช้จิตบำบัด และการช็อคไฟฟ้าในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง <u>การรักษาโดยยา</u> ทางเลือกของการใช้ยาด้านภาวะซึมเศร้า ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นตัวเลือกแรกในการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากมีอาการข้างเคียงน้อย การพิจารณาให้ยาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และควรให้ติดต่อกันอย่างน้อย 4- 6 เดือน ระหว่าง ค.ศ. 1950 การใช้Methylphenidate (MPH) มีการรายงานว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า และมีรายงานกรณีศึกษาของ

หัวข้อ	รายละเอียด
	คอฟแมน และคณะ (Kaufman, et al. 1994) ยืนยัน ว่าใช้ MPH ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะซึมเศร้า <u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u> มีหลายเหตุผลที่แนะนำการการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน เมื่อการรักษาผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียความสามารถ, การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด, สูญเสียปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมักจะต้องการตอบสนองต่อการรักษาทางจิต การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การใช้จิตบำบัด, ECT, การกระตุ้นระบบประสาท รวมไปถึงพฤติกรรมบำบัด, พฤติกรรมการเรียนรู้บำบัด (CBT), การเผชิญปัญหามือบำบัด และกิจกรรมทบทวนชีวิต <u>พฤติกรรมการเรียนรู้บำบัด (CBT)</u> เป็นกิจกรรมที่อ้างอิงการรับรู้ทางจิตของผู้ป่วย การติดต่อประสานงาน การแก้ไขปัญหา การประเมินธรรมชาติ และการสนับสนุนคุณภาพ การพัฒนาการปรับตัวเพื่อชีวิตใหม่หลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการวินิจฉัยรายบุคคลด้วยเงื่อนไขระยะเวลาของการเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกายจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาของการ ใช้ CBT คือใช้เวลา 12 สัปดาห์ซึ่ง คิมปี และคณะ (Kemp, et al. 1992) คำนแนะนำว่าได้ประสิทธิภาพ แต่มีบางงานวิจัยในฐานข้อมูล Cochrane แสดงให้เห็นว่าการใช้กิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ประสิทธิภาพ <u>การช็อกไฟฟ้า (ECT)</u> ไม่แนะนำให้ใช้เป็นกิจกรรมแรกๆ ในการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	1. ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในช่วง 2-3 ปี หลังเกิด โรคหลอดเลือด และระยะ 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบการเกิดภาวะซึมเศร้าในหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 36 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแล้วมากกว่าในชุมชน และ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในโรงพยาบาล ความถี่ในการพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 55 ปี (เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป) พบในผู้หญิงร้อยละ 18 และในผู้ชายร้อยละ 11 เมื่อมีการสำรวจชุมชนกลุ่มผู้สูงอายุในอเมริกา การสำรวจชุมชนพบว่าผู้ชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.9 และผู้หญิงร้อยละ 64.1 และพบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง การถูกทำลายของทางผ่านสารสื่อประสาท ทำให้ลดการหลั่งของสารสื่อประสาท สุขภาพจิตเป็นพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์นี้คล้ายกันทั้งอาการแสดง และการตอบสนองด้านการรักษา 3. การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ มีผลมาจากการสูญเสียความจำ การอ่อนเพลียไม่มีแรง รูปแบบการนอนที่เปลี่ยนแปลง ระบบจิตใจ ประสาทที่ถดถอย และความสิ้นหวังในอนาคตของตน เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง การแยกตัวจากสังคม, การใช้ชีวิตลำพัง, การสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย หรือการมีประวัติมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองคล้ายคลึงกัน เช่น การลดลงของกิจกรรมทางสังคม การล้มเหลวเมื่อกลับไปทำงาน การมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการฟื้นฟูสภาพ งานวิจัยของ แฮคเค็ท และแอนเดอร์สัน (Hackett & Anderson, 2005) การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสูญเสียความสามารถทางร่างกาย และการสูญเสียความจำ 5. การคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลากหลาย เช่น Geriatric

หัวข้อ	รายละเอียด
	Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC), Beck Depression Inventory-Fast Screen (BDI-FS) แฮคเค็ท และแอนเดอร์สัน (Hackett & Anderson. 2005) แนะนำให้ ใช้มาตรฐานการวินิจฉัยเฉพาะที่อ้างอิงการวินิจฉัยโดยอิงเกณฑ์ของ DSM-IV-TR DSM-IV, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition) เมื่อพบ 5 อาการแสดงหรือมากกว่านั้นที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากวินิจฉัยได้ง่ายและรวดเร็ว 6. แนวทางการจัดการกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง <u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u> การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การใช้จิตบำบัด, ECT, การกระตุ้นระบบประสาท รวมไปถึงพฤติกรรมบำบัด, พฤติกรรมการเรียนรู้บำบัด (CBT), การเผชิญปัญหามือบำบัด และกิจกรรมทบทวนชีวิต <u>พฤติกรรมการเรียนรู้ บำบัด (CBT)</u> เป็นกิจกรรมที่อ้างอิงการรับรู้ทางจิตของผู้ป่วย การติดต่อประสานงาน การแก้ไขปัญหา การประเมินธรรมชาติ และการสนับสนุนคุณภาพ การพัฒนาการปรับตัวเพื่อชีวิตใหม่หลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง <u>การช็อกไฟฟ้า (ECT)</u> ไม่แนะนำให้ใช้เป็นกิจกรรมแรก ๆ ในการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำความรู้เรื่อง DSM 4 และปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพัฒนาเครื่องมือในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า - นำความรู้เรื่องการรักษาภาวะซึมเศร้ามาพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

20. เรื่องงานวิจัย

Reliability and validity of the Thai version of the PHQ -9

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์

Manote Lotrakul, et al. 2008

แหล่งที่ตีพิมพ์

BMC Psychiatry 2008, 8 ; 46

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาความเชื่อมั่นและความตรงของ PHQ-9 ภาษาไทยในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยปฐมภูมิ
กลุ่มตัวอย่าง	ทุก ๆ 5 ราย ของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ช่วง ตุลาคม 2006 ถึง กุมภาพันธ์ 2007 จนครบ 1,000 ราย หลังจากนั้นมีการสุ่ม 300 รายจากกลุ่มดังกล่าว ให้ผู้ช่วยการวิจัย ใช้ MINI และ HAM-D ภาคภาษาไทย โดยไม่ทราบผลของ PHQ-9 ของผู้ป่วยมาก่อน สัมภาษณ์ผู้ป่วยครบ 300 ราย
setting	แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ
การออกแบบวิจัย / ระดับ	การวิจัยแบบการทดลองมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomize Controll Trial) / ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	PHQ-9 (Personal Health Questionnaire) ซึ่งใช้เกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) ในการสร้างข้อคำถาม ทั้ง 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน แนะนำว่าค่าคะแนนที่ 10 หรือมากกว่า วินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่าจาก 9 อาการ ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาและ 1 ในอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการที่บ่งบอกว่าไม่มีความสุข MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) Mini ภาษาไทย เป็นการสัมภาษณ์ที่เป็นมาตรฐานตารางสัมภาษณ์ อิงเกณฑ์ DSM IV ซึ่งความเชื่อมั่นเมื่อผู้ใช้เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้ MINI ภาษาไทย แปลโดยแพทย์มีความไวสูง คือ 0.92 และความจำเพาะ คือ 0.93 ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า และเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวินิจฉัยผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีในการวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และผลของการรักษา HAM-D ภาษาไทย มีข้อคำถามที่เป็นไปในทางเดียวกันเป็นอย่างดี (α coefficients = 0.74) และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินระดับโลกพบว่าได้รับความเชื่อถือ (Spearman 's correlation coefficients = 0.82)
ผลการศึกษา	หลังการศึกษาเหลือผู้ร่วมเข้าในการศึกษาครั้งนี้ 924 ราย อายุเฉลี่ย 45 ปี เป็นหญิง 681 ราย เป็นชาย 243 ราย ร้อยละ 60 แต่งงาน และร้อยละ 37.7 ได้รับการศึกษาจากโรงเรียน ด้านประชากรของกลุ่ม 279 รายที่ตอบสนองไม่มีความแตกต่างกัน ประเมินความเป็นไปในทางเดียวกันของข้อคำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ภาษาไทย นั้น ค่าของคะแนนแต่ละข้อบ่งบอกว่าข้อคำถามแต่ละข้อ ไปในทิศทางเดียวกัน (Cronbach's α = 0.79) ค่ากลางของแต่ละหัวข้อคำถาม คือ ดังนี้ 1. ความสนใจหรือความยินดีต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ค่ากลาง คือ 0.67 2. รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ค่ากลาง คือ 0.61 3. มีปัญหาการนอนหลับ หรือนอนมากเกินไป ค่ากลาง คือ 0.92 4. รู้สึกเหนื่อยและหมดพลังงาน ค่ากลาง คือ 0.88 5. เบื่ออาหาร ค่ากลาง คือ 0.67 6. รู้สึกแย่เกี่ยวกับตนเอง หรือ รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ค่ากลาง คือ 0.30 7. รู้สึกจมอยู่กับปัญหา ค่ากลาง คือ 0.48 8. การเคลื่อนไหว การพูดช้าจนสังเกตได้ค่ากลาง คือ 0.30 9. การคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองค่ากลาง คือ 0.09 ทั้ง 9 ข้อ มีระดับคะแนน 0 ถึง 3 ตามความรุนแรง มี 2 ข้อคำถามที่พบบ่อยคือการนอนไม่หลับ และการเหนื่อยล้าหมดพลังงาน แต่ข้อที่ได้รับเลือกน้อยที่สุด คือ การมีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้ง 9 ข้อ ถ้ามีการตัดออกไปบางข้อจะมีการเพิ่มค่าความเป็นไปในทางเดียวกันของข้อคำถามคือ ข้อ 9 เป็นข้อที่มีความสัมพันธ์กับข้อคำถามอื่น ๆ น้อยที่สุด การวัดค่าความเที่ยงตรงของ PHQ-9 ต่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยการเปรียบเทียบกับ MINI ที่เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้เป็นมาตรฐาน โดยใช้ MINI

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาษาไทยในผู้ป่วย พบการวินิจฉัยผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 19 ราย ค่ากลางของ PHQ-9 ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มนี้ คือ 13.21 (ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.61) ค่ากลางของ PHQ-9 ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มนี้ คือ 6.01 (ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.84) การเปรียบเทียบความเที่ยงตรงของ PHQ-9 โดยคะแนนทั้งหมดของ PHQ-9 เทียบกับ HAM-D ค่าความตรง คือ 0.56 ($p < 0.001$) มีการสมมติฐานเกี่ยวกับข้อคำถาม HAM-D มีภาวะซึมเศร้า เทียบกับคะแนนของ PHQ-9 สูงกว่าเมื่อเทียบกับมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย กับไม่ซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าจาก HAM-D เมื่อเทียบกับ PHQ-9 ซึ่งต้องมีค่าคะแนนที่มากกว่า ปกติ คือ 14 คะแนน, PHQ-9 มีค่าคะแนน 8.14 คือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, PHQ-9 มีค่าคะแนน 10.05 คะแนนคือมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีความแตกต่างของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ภาษาไทยได้รับการยอมรับทางจิตเวช ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในการปฏิบัติทั่วไป เป็นแบบประเมินที่สั้น และพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในปฐมภูมิเป็นแบบสอบถามภาษาไทย เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ใช้เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้บอกระดับของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นจุดอ่อนที่สามารถหาได้จากเครื่องมืออื่น ๆ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 มาออกแบบวิธีประเมินในแนว และคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

21. เรื่องงานวิจัย Major Depressive Disorder
 ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์ Maurizio Fava and Kenneth S. Kendler. 2000
 แหล่งที่ตีพิมพ์ Neuron, Vol. 28, 335–341, November, 2000

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาการเกิดของภาวะซึมเศร้าและความเกี่ยวข้องของพันธุกรรม และระบบประสาท
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ไม่มีประวัติอาการทางจิต (mania) มาก่อน
setting	งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (MDD)
การออกแบบวิจัย / ระดับ	งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) / ระดับ 5
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	งานวิจัยเกี่ยวกับ Major Depressive Disorder
ผลการศึกษา	ด้านระบาดวิทยา - บางงานวิจัยพบอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคในผู้หญิงต่อผู้ชาย คือ 1.5 ต่อ 2.5 แต่การศึกษาระดับประเทศของอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์เกิดในผู้หญิงร้อยละ 21.4 ในชายร้อยละ 12.7 (Blazer et al. 1994) - การเกิดช่องว่างระหว่างสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การทำงาน สถานภาพการสมรสที่เปลี่ยนแปลง และการสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kessler, 1997) - ประเภทของบุคลิกภาพที่จะสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ภายใต้ความมั่นคงทางอารมณ์ นักจิตแพทย์ชาวอังกฤษชื่อ Eysenck พบว่ามักเกิดจากการมีภาวะเครียด ตลอดจนการเป็นคนที่อ่อนแอ นอกจากนี้ยังรวมถึง การขาดการเข้าสังคม อาศัยในสังคมเมือง สถานภาพสมรสแยกกันหรือหย่าร้าง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อย และการเพิ่งเข้าสู่วัยใหม่เร็ว ๆ นี้ - ภาวะซึมเศร้าเป็น เงื่อนไขลำดับที่ 4 ทางการแพทย์ที่สำคัญ สำหรับโรคคนที่ อาศัยในเมืองโดยมีตัววัดที่ การสูญเสียความสามารถและการปรับตัว การไม่พร้อมต่อการเผชิญความตาย และระยะของการสูญเสียความสามารถ

หัวข้อ	รายละเอียด
	อย่างรุนแรง และระยะเวลา สาเหตุ - ภาวะซึมเศร้าไม่สามารถควบคุมได้ในกลุ่มผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุซึ่งมักมีประสบการณ์ซึ่งเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ตอนเด็ก หรือวัยรุ่น พันธุกรรม - เทคนิคพันธุศาสตร์ทางระบาดวิทยาพบผลความคล้ายคลึงกันกับความสัมพันธ์ในกฎของเมนเดล ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับยีนของมนุษย์ว่าตำแหน่งของโครโมโซมในยีนจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พยาธิสรีรวิทยา - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพยาธิสภาพที่สมองข้างขวามักมีอาการเกี่ยวกับการออกเสียง อารมณ์เฉยเมย แต่ผู้ที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายส่วนหน้ามักมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า - หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการเชื่อถือ เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกรูปแบบคือ การทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical System นอกจากนี้ยังพบ กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับสมมติฐานโมโนเอมีน (Monoamine hypothesis) ซึ่งประกอบด้วยสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ที่สังเคราะห์จากกรดอะมิโน (Tyrosine และ Tryptophan) ในภาวะปกติสารส่งผ่านประสาทเหล่านี้จะถูกทำลายโดย Monoamine oxidase enzyme (MAO) ที่บริเวณ Synaptic ของปลายประสาท Axon สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการหลั่ง และทำลายที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาททั้ง 3 ชนิดทำให้ปริมาณ Norepinephrine และ Serotonin ลดน้อยลง การรักษา - มีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลายอย่างที่พบ เช่น การทำจิตบำบัด, การใช้ยาต้านภาวะซึมเศร้า, การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (ECT) และการรักษาตามอาการ
ข้อมูลที่สำคัญได้จากงานวิจัย	พบอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคในผู้หญิงต่อผู้ชาย คือ 1.5 ต่อ 2.5 แต่การศึกษาระดับประเทศของอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์เกิดในผู้หญิงร้อยละ 21.4 ในชาย ร้อยละ 12.7 (Blazer et al. 1994) ซึ่งเป็นการบอกได้ว่าเพศไม่อาจเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
	สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกรูปแบบ คือ การทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical System เป็นตัวเสริมว่าสุขภาพส่วนบุคคลที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับสมมติฐานโมโนเอมีน (Monoamine hypothesis) ซึ่งประกอบด้วยสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ลดลง การรักษาภาวะซึมเศร้าหลายอย่างที่พบ เช่น การทำจิตบำบัด, การใช้ยาต้านภาวะซึมเศร้า, การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (ECT) และการรักษาตามอาการ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	นำข้อมูลในงานวิจัยไปเป็นแนวทางให้ความรู้ และคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผนวก ข.

แบบประเมินความรู้ และศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า
ส่วนที่ 1 คำชี้แจง ให้กรอกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ชื่อ - สกุล (ผู้ดูแล).....อายุ.....ปี	คะแนน	
เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย	2	1
ความสัมพันธ์ ☐ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ☐ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด	2	1
สัมพันธภาพ ☐ ดี ☐ ไม่ดี	2	1
ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ☐ ไม่เป็นภาระ ☐ เป็นภาระ	2	1
ความคาดหวัง ☐ ต้องการให้ผู้ป่วยหาย ☐ ดูแลผู้ป่วยไปเรื่อย ๆ	2	1

การแปลผล คะแนนเต็ม 10 คะแนน ระดับคะแนน 5 - 6 หมายถึง ผู้ดูแลมีศักยภาพ ในระดับน้อย / ระดับคะแนน 7 - 8 หมายถึง ผู้ดูแลมีศักยภาพ ในระดับปานกลาง / ระดับคะแนน 9 - 10 หมายถึง ผู้ดูแลมีศักยภาพในระดับมาก

ส่วนที่ 2 คำชี้แจง เลือกคำตอบข้อที่ควรปฏิบัติในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่แน่ใจ
1. ถ้าผู้ป่วยบ่นเบื่อตัวเอง อยากตาย ควรปรึกษานักจิตวิทยาทันที	2	1	1
2. ควรปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง	1	2	1
3. ผู้ป่วยที่นอนหลับนาน ๆ ไม่เสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า	1	2	1
4. ถ้าผู้ป่วยบ่นเบื่อตัวเอง อยากตาย ควรปรึกษานักจิตวิทยาทันที	2	1	1
5. ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้	2	1	1

การแปลผล คะแนนเต็ม 10 คะแนน ระดับคะแนน 5 - 6 หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับมีความรู้ ในระดับน้อย / ระดับคะแนน 7-8 หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับมีความรู้ มีความรู้ ในระดับปานกลาง / ระดับคะแนน 9 - 10 หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับมีความรู้ มีความรู้ ในระดับมาก

ผนวก ก.

คู่มือการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง



คู่มือการเฝ้าระวังการเกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล





โรคหลอดเลือดสมอง คือ.....โรคที่เกิดความ

ผิดปกติของหลอดเลือด อาจมีการแตก ตีบ หรือตัน
ของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบางส่วนเสียหายที่ในการ
ทำงาน ทำให้เกิดอัมพาตของร่างกายบางส่วน

อาการ และอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองตีบ หรือตัน

- มักมีความผิดปกติของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง/ อัมพาตครึ่งซีก.

ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองแตก

- ถ้าตกเลือดรุนแรง มักตายใน 2-3 วัน
- ถ้าตกเลือดไม่รุนแรง อาจมีโอกาสรื้อฟื้นถ้าได้รับการผ่าตัด

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกิดจาก พยาธิ สภาพของโรค การสูญเสียสารสื่อประสาทใน
สมองที่ถูกทำลาย และผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ต้องสูญเสีย
ภาพลักษณ์ และบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง



การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด

สมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า....

- ☺ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วยรับทราบ
- ☺ ให้ระบายความรู้สึกและหาวิธีที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าร่วมกัน
- ☺ เผื่อระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิดไม่ให้ย่ำแย่ลงคนเดียวนาน ๆ
- ☺ พยายามให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ โดยคอยดูแลอยู่ห่าง ๆ
- ☺ ให้การดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☺ หากิจกรรมให้ทำในเวลาว่าง เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์
- ☺ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เป็นประจำตามนัด
- ☺ นำผู้ป่วยเข้าสังคม เช่น ทำบุญ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน



อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย..ที่ต้อง เฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

- ๘ เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร /
- ๘ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ /
- ๘ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป /
- ๘ เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง /
- ๘ เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป /
- ๘ รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือทำให้ครอบครัว
ผิดหวัง /
- ๘ สมาธิไม่ดี /
- ๘ พุดซ้ำ หรือทำอะไรซ้ำลง หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่ง
ถ้ามีอาการดังกล่าว 5 อาการหรือมากกว่าจัดว่ามีภาวะซึมเศร้า
หรือ ๘ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปก็คงดี พุดอยากตาย ๘

ให้ติดต่อบุคลากรสาธารณสุขทันที



โทรศัพท์ปรึกษาเจ้าหน้าที่หากมีข้อสงสัยใน

อาการผู้ป่วย รพ.สต. บ้านหนองยาง 056-277216

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาววรรณุช ทองไทย
วัน เดือน ปีเกิด	17 มิถุนายน 2518
ที่อยู่ปัจจุบัน	28/1 หมู่ 12 ตำบลหนองกระโดน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545 ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2551 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2539-2543 พยาบาลเทคนิค ประจำตึกผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลลาดยาว พ.ศ. 2545-2549 พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านศาลเจ้าไก่ต่อ พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองยาง