



## Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

### Original Article

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรัง

### Factors Influencing Post Stroke Depression of Stroke Patients in Trang Hospital

นุชกร จันทร์เปล่ง<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง

Nucharkorn Janpang<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Clinical Psychologist, Professional Level. Department of Psychiatry and Drug Dependence, Trang Hospital

\* Corresponding author: e-mail. [dewnaka@hotmail.com](mailto:dewnaka@hotmail.com)

Received: 23 December 2021 | Revised: 25 January 2022 | Accepted: 9 February 2022

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression: PSD) และศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ PSD ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรัง **วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลตรัง จำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิต (Barthel Activities of Daily Livings: ADL) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory II: BDI-II) ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก **ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างมี PSD อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 21.91$ , S.D. = 2.16) มีคะแนน BDI-II อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.6 และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD คือผู้ป่วยอายุ > 50 ปี โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ รายได้ < 10,000 บาท ADLในระดับกลุ่มติดบ้าน และปัจจัยป้องกัน PSD คือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ระยะเวลาเจ็บป่วย ≤ 1 ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยร่วมกันพยากรณ์ PSD ร้อยละ 63.5 **สรุป** ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยงมาจากอายุมากกว่า 50 ปี อยู่เดี่ยว รายได้ต่ำกว่าหนึ่งหมื่น ADL ในระดับกลุ่มติดบ้าน และปัจจัย

ป้องกันคือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ระยะเวลาป่วยไม่เกิน 1 ปี ไม่มีโรคร่วม มี 1-2 โรคร่วม ได้รับยาจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-II)

## Abstract

**Objectives:** To study post stroke depression of stroke patients in Trang Hospital and study the predictability of post-stroke depression in stroke patients at Trang Hospital based on personal and health factors. **Materials and methods:** This is a descriptive research. The sample was 162 stroke patients in Trang Hospital. The questionnaires were including personal and health factors, Barthel Activities of Daily Livings (ADL) and Beck Depression Inventory II (BDI-II) Thai version. The statistics for analyzed data were including frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test and logistic regression analysis. **Results:** Samples had Moderate level of PSD ( $\bar{X} = 21.91$ , S.D. = 2.16), consider by BDI-II criteria found that normal group is 47.6 percent, and PSD risk group is 52.4 percent. PSD risk factors included age > 50, single/widow/divorced/separated, monthly income < 10,000 Baht and some self-sufficient level ADL and PSD prevent factors included diploma and higher of education,  $\leq 1$  years of illness, non-comorbidity, 1-2 comorbidities, one and more psychiatric medicines, and family support by predictive coefficient 63.5 percentage. **Conclusion:** Post stroke depression was at moderate level, with risk factors were more than 50 years old, being alone, income less than 10,000 baht, and some self-sufficient level ADL, and prevent factors were diploma and higher of education, less than or equal to 1 years of illness, non-comorbidity, 1-2 comorbidities, one and more psychiatric medicines, and family support.

**Keywords:** Post Stroke Depression-PSD, Beck Depression Inventory II (BDI-II)

## บทนำ

ปัจจุบัน โรคที่ไม่ติดต่อ (Non Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทั้งในแง่ของจำนวนผู้เสียชีวิตและภาระโรค ซึ่งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease: CVD)

เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control, 2021) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดเป็นสภาวะที่เรียกว่าอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ความสามารถในการ

ดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงาน จากข้อจำกัดของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยาวนาน มักก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (van Rijbergen et al., 2018) มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวรับมือกับวิกฤตชีวิตนี้ได้ เกิดความทุกข์สะสม จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (van Rijbergen et al., 2018; Seesawang & Thongtang, 2016; Manpanit & Chenarom, 2018)

อาการซึมเศร้า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (Chemerinski & Robinson, 2000) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression: PSD) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดหลังโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน ทั้งยังเพิ่มอัตราเสียชีวิตอีกด้วย การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักถูกมองข้าม เนื่องจากการแสดงออกของอาการสำคัญทางคลินิกที่ค่อนข้างซับซ้อน การศึกษาของ Whyte et al. (2004) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยมักมีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปีแรกสูงกว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี (Lokk & Delbali, 2010; Seesawang & Thongtang, 2016) อุบัติการณ์สูงสุดของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี (Roth, 1997) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 12-72.5 ซึ่ง

เป็นความแตกต่างกันของปัจจัยต่าง ๆ ทางระบาดวิทยาในแต่ละการศึกษา ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้เป็นผลมาจากเครื่องมือในการประเมินอาการและสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยที่แตกต่างกันด้วย (Aniwattanapong, 2018)

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ อาทิความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม (Chau et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Dong-Heun et al., 2015) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษา และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Sugawara et al., 2015) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Robinson & Spalletta, 2010) อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าอาจมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดร่วมกับภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย มักมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลลดลง (Carrà et al., 2012; Dossa et al., 2011; Seesawang & Thongtang, 2016)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตรัง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง ของกลุ่มประชากรจังหวัดตรัง (Trang Provincial Public Health Office, 2021) เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนปรับปรุง และพัฒนาระบบการดูแลภาวะซึมเศร้า

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมใน ส่วนของงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลจริง ที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการบริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง
2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง

## สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง

## วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้โปรแกรม G\*Power 3 กำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง = 0.3,  $\alpha = 0.05$ , Power = 0.90 ค่า  $df = 2$  ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 141 คน และได้ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกัน

ความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ไว้ที่ร้อยละ 15 คิดเป็น 21 คน เมื่อรวมกันได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 162 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปที่ได้รับการบำบัดรักษา และ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจริง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564
- 2) อายุระหว่าง 18-75 ปี
- 3) มีการรู้ตัวปกติ ทำตามคำสั่งได้ มีการสื่อสารและการรู้คิดปกติ มีสภาวะทางการแพทย์คงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง
- 4) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) อาสาสมัครขอถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา
- 2) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ไม่สามารถทำตามคำสั่งที่เป็นคำพูด หรือท่าทางได้
- 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินติดตามผลเป็นระยะได้

## การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจริง ที่ ตง. 0032.102/7168 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแฮลซิงกิและแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานทางคลินิกที่ดี

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจริง จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอรับสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัยตาม

ความสมัครใจ ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้งหมด 162 คน ได้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถามในช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าแต่พบว่ามีความเสี่ยง ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาตามแนวทางปกติ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ที่มาของรายได้ และระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม การได้รับยาทางจิตเวช ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว การเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

3. แบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตของ Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) เพื่อวัดความเป็นอิสระ (การพึ่งพา/ไม่พึ่งพา) ในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha = .84 ถึง .85 (Sainsbury et al., 2005; Hseuh et al., 2002; Gosman-Hestrom, & Svennson, 2000) มีค่าความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง .73 ถึง .77 (Wade & Hower, 1987) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medicine Services, 2014) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนนในแต่ละกิจกรรมมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 2 หรือ 3 โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 คือ พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือ

ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีคะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 คือ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวม 5-11 คะแนน กลุ่มที่ 3 คือ พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวม 0-4 คะแนน (Ministry of Public Health, 2020)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory II (BDI-II) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบซ้ำ Pearson  $r = .93$  (Beck et al., 1996a) มีค่าความสอดคล้องภายในสูง Alpha = .92 (Beck et al., 1996b) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมิน BDI-II ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยอัจฉรา มุ่งพานิช มีความตรงทางเนื้อหา = .609 มีค่าความสอดคล้องภายใน = .89 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .28 ถึง .72 (Mungpanich, 2016) มีการให้คะแนนแต่ละข้อ 0-3 คะแนน โดยมีเกณฑ์ คือ ระดับปกติ (Minimal) 0-14 คะแนน ระดับเล็กน้อย (Mild) 15-20 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate) 21-27 คะแนน และระดับรุนแรง (Severe) 28-63 คะแนน (Mungpanich, 2016) พิจารณาจุดตัดตามเกณฑ์-BDI-II ฉบับภาษาไทย ที่ 21 คะแนน (Mungpanich, 2016) และเกณฑ์การประเมินทางคลินิกของ Sushila et al. (2019) ที่ระบุจุดตัดของภาวะซึมเศร้าที่  $\geq 21$  คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ 0-20 คะแนน และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD 21-63 คะแนน

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows (statistical package for social science) Version 20 โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์



เพียร์สัน คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ด้วยไคสแควร์ และวิเคราะห์อิทธิพลด้วยการถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis) แบบ binary ด้วยวิธี enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการศึกษา

### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.0 มีอายุ > 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.5 มีอายุเฉลี่ย 58 ปี 6 เดือน อายุต่ำสุด 18 ปี 2 เดือน และอายุมากที่สุด 75 ปี มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 51.2 ผู้ป่วยเกือบครึ่งนั้นว่างงาน ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ 71.6 โดยมีรายได้ < 10,000 บาท และ 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 35.8 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ย 11,978 บาท และมีรายได้มากที่สุด 50,000 บาท มากกว่าครึ่งมีที่มาของรายได้จากตนเอง ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา-มัธยมศึกษา ร้อยละ 50.6

**ข้อมูลด้านสุขภาพ** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง รักษาโดยใช้สิทธิข้าราชการ (รวมสิทธิ์ที่เบิกได้ทั้งจากตนเองและครอบครัว) ร้อยละ 54.3 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี ร้อยละ 58.0 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1 ปี 3 เดือน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 2 สัปดาห์และมากที่สุด 5 ปี ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1-2 โรค ร้อยละ 53.1 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน ซึ่งนับรวมผู้ป่วยทั้งที่ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งและป่วยด้วยทุกโรค

ร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับยาทางจิตเวช ร้อยละ 58.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 67.3 มีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 71.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช ร้อยละ 98.8 โดยผู้ป่วย 66 คน ได้รับยาทางจิตเวชจากแพทย์อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา มีเพียง 2 คนที่ได้รับยาทางจิตเวชจากจิตแพทย์ และมีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 53.1

### ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง มีภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนน BDI-II ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (moderate) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.91 คะแนน S.D. เท่ากับ 2.16 เมื่อพิจารณาตามจุดตัดคะแนน BDI-II ผู้ที่มีคะแนน 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อ PSD ตามเกณฑ์ BDI-II ฉบับภาษาไทย ที่ 21 คะแนน (Mungpanich, 2016) โดยพบว่า มีกลุ่มปกติ ร้อยละ 47.6 และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 จากผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD เพื่อนำไปวิเคราะห์ logistic ตามตารางที่ 1

### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระเพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง .003-.848 ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาค่าภาวะร่วมเส้นตรงพหุ คือตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันหรือมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน .90 (Hair et al., 2010; Tirakanan, 2012)

**ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์**  
**ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ**  
**กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง** ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ที่มาของรายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่

ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม การได้รับยาทางจิตเวช ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจริง (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 162)

ข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนน BDI-II				$\chi^2$	p-value	ข้อมูลด้านสุขภาพ	คะแนน BDI-II				$\chi^2$	p-value
	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD					กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>							<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>						
ชาย	46	59.7	48	56.5	0.18	.674	ข้าราชการ	45	58.4	43	50.6	1.00	.316
หญิง	31	40.3	37	43.5			ปกส./บ.ทอง	32	41.6	42	49.4		
<b>อายุ</b>							<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>						
≤ 50 ปี	33	42.9	18	21.2	8.81	.003**	≤ 1 ปี	25	32.5	69	81.2	39.36	.000**
> 50 ปีขึ้นไป	44	57.1	67	78.8			> 1 ปีขึ้นไป	52	67.5	16	18.8		
<b>สถานภาพสมรส</b>							<b>โรคร่วม</b>						
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	57	74.0	22	25.9	37.48	.000**	ไม่มี	20	26.0	5	5.9	20.08	.000**
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	26.0	63	74.1			1-2 โรค	28	36.4	58	68.2		
<b>อาชีพ</b>							3-4 โรค	29	37.6	22	25.9		
ว่างงาน	33	42.9	47	55.3	12.01	.007**	<b>การได้รับยาทางจิตเวช</b>						
ธุรกิจส่วนตัว	12	15.5	9	10.5			ไม่มี	31	40.3	63	74.1	19.02	.000**
ขรก./ขรก.	19	24.7	6	7.1			1 ตัว ขึ้นไป	46	59.7	22	25.9		
ท้องถิ่น/ขรก.							<b>ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว</b>						
บ้านญาติ							ไม่มี	55	71.4	54	63.5	1.15	.285
เกษตรกร/รับจ้าง/พเนจ.	13	16.9	23	27.1			มี	22	28.6	31	36.5		
บ.เอกชน/นักศึกษา							<b>ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต</b>						
							ติดบ้าน	43	55.8	72	84.7	16.34	.000**
							ติดสังคม	34	44.2	13	15.3		
							<b>การเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช</b>						
							ไม่มี	76	98.7	84	98.8	0.005	.944
							มี	1	1.3	1	1.2		

ข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนน BDI-II				$\chi^2$	p-value	ข้อมูลด้านสุขภาพ	คะแนน BDI-II				$\chi^2$	p-value
	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD					กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง PSD			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้							การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว						
ไม่มี	12	15.6	34	40.0	11.85	.001**	ไม่มี	13	16.9	63	74.1	53.14	.000**
มี	65	84.4	51	60.0			มี	64	83.1	22	25.9		
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย													
ไม่มีรายได้	12	15.6	34	40.0	40.92	.000**							
< 10,000 บาท	18	23.4	40	47.1									
10,000 บาท	47	61.0	11	12.9									
ขึ้นไป													
ที่มาของรายได้													
ไม่มีรายได้	12	15.6	34	40.0	12.07	.002**							
ตนเอง	46	59.7	34	40.0									
พ่อแม่/พี่น้อง/ลูกหลาน	19	24.7	17	20.0									
ระดับการศึกษา													
ประถม-มัธยมศึกษา	16	20.8	66	77.6	52.07	.000**							
อนุปริญญาขึ้นไป	61	79.2	19	22.4									

\*\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตราบัง คือ ผู้ป่วยอายุ > 50 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 5.31 เท่า (ORadj. = 5.31, 95% CI = 1.06-26.55) การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 7.03 เท่า (ORadj. = 7.03, 95% CI = 1.58-31.19) การมีรายได้ < 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 8.66 เท่า (ORadj. = 8.66, 95% CI = 1.41-53.12) การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 6.86 เท่า (ORadj. = 6.86,

95% CI = 1.28-36.83) และปัจจัยป้องกัน PSD คือ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 94 (ORadj. = .06, 95% CI = .01-.35) การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปีมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 87 (ORadj. = .13, 95% CI = .03-.55) การไม่มีโรคร่วมมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 98 (ORadj. = .02, 95% CI = .00-.35) การมีโรคร่วม 1-2 โรคมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 84 (ORadj. = .16, 95% CI = .03-.84) การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไปมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 88 (ORadj. = .12, 95% CI = .02-.63) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีโอกาสป้องกันการเกิด PSD ร้อยละ 95 (ORadj. = .05, 95% CI = .01-.29) โดยมีอิทธิพลร่วมกันพยากรณ์ PSD ร้อยละ 63.5 (ตารางที่ 2)



**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ (n = 162)

ตัวแปร	B	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
			Lower	Upper	
<b>ข้อมูลส่วนบุคคล</b>					
อายุที่มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	1.67	5.31	1.06	26.55	.042*
การเป็นโรค/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.95	7.03	1.58	31.19	.010*
การว่างงาน	2.22	9.21	.46	183.00	.146
อาชีพธุรกิจส่วนตัว	1.45	4.26	.24	76.37	.325
การเป็นข้าราชการ/ชรก.ท้องถิ่น/ชรก.บ้านนาญ	1.65	5.21	.29	95.17	.266
การมีรายได้	-.63	.53	.05	5.25	.589
การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท	2.16	8.66	1.41	53.12	.020*
การมีที่มาของรายได้จากตนเอง	-2.58	.08	.00	1.88	.115
การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป	-2.76	.06	.01	.35	.001**
<b>ข้อมูลด้านสุขภาพ</b>					
การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤1 ปี	-2.07	.13	.03	.55	.006**
การไม่มีโรคร่วม	-3.92	.02	.00	.35	.007**
การมีโรคร่วม 1-2 โรค	-1.85	.16	.03	.84	.030*
การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป	-2.12	.12	.02	.63	.012*
การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต ในระดับ "ติดบ้าน"	1.93	6.86	1.28	36.83	.025*
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	-3.09	.05	.01	.29	.001**

Constant = 3.023, R<sup>2</sup> = .635 (Cox & Snell R Square)

\*\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, \* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (PSD) ร้อยละ 52.4 สอดคล้องกับ Aniwattanapong (2018) ที่ได้รวบรวมจากงานวิจัย 61 ชิ้น พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5-84 แต่อัตราจากข้อค้นพบนี้สูงกว่าการศึกษาของ Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า PSD มีความชุกโดยประมาณร้อยละ 31 และ Sy et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลของ Fann (Dakar-Senegal) พบว่าในผู้ป่วยร้อยละ 33.7 มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่าง

กันไป รวมถึงมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง** ตัวแปรด้านผู้ป่วยอายุ > 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโรค/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้ < 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD สูงดังนี้

การมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 5.31 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayerbe et al. (2013) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่พยากรณ์ PSD ได้ และงานวิจัยของ Hörnsten et al. (2016) ที่พบว่าความชุก PSD ในผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีอายุที่มากขึ้นมักมีสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จิตใจ สภาวะอารมณ์ และพยาธิสภาพทางสมอง โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป จะพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองบ่อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (World Health Organization, 2015)

การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 7.03 เท่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Johnson et al. (2006) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่พบความสัมพันธ์กับ PSD อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในเกณฑ์ตัดเข้าคัดออก วิธีการทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่าง แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ha and Gantioque (2020) ที่พบว่า สถานภาพโสดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะเหงา โดดเดี่ยว ขาดคนคอยสนับสนุนทางจิตใจในลักษณะคู่รัก ขาดกำลังใจ ต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง ซึ่งการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส ได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่ง ไม่โดดเดี่ยว (Singhad, 2014)

การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 8.66 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shi et al. (2017) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของ PSD และงานวิจัยของ Duangnate (2021) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี การมีรายได้น้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลในการจัดสรรค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล รายได้ที่หายไปเนื่องจากไม่ได้ทำงาน หรือการประกอบอาชีพภายหลังออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้าได้ง่าย (Patcharawiwatpong, 2012; Kapaedee & Srithornwannakul, 2013)

การมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (Activity of daily living: ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อ PSD 6.86 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า กิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นผลกระทบที่เกิดจาก PSD และงานวิจัยของ Hömsten et al. (2016) ที่พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาอาศัยในกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย (ระดับกลุ่มติดบ้าน) ต้องพึ่งพาคนรอบข้างในบางกิจกรรม บางรายต้องอยู่บ้านเพื่อรักษาตัว ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้อย่างที่เคย ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เหมือนเดิม วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป จึงมีความรู้สึกท้อแท้ ถดถอย คิดว่าตนเองไม่มีความหมายทางสังคมอีก จนเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Hemtasilapa, 2005)

**ปัจจัยป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
ตัวแปรด้านการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย  $\leq 1$  ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อ PSD น้อยมาก ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ ดังนี้

การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 94 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tantibhaedhyangkul et al. (1997) ที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า และงานวิจัยของ Tuyen et al. (2017) ที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มี PSD น้อยกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการคิด ทักษะที่ดีในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะแสวงข้อมูล ชักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งความรู้ที่มีประโยชน์ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhenkamp & Sayles, 1986)

การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย  $\leq 1$  ปี มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 87 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lokk and Delbali (2010) และการศึกษาของ Seesawang and Thongtang (2016) ที่พบว่าช่วง 1 ปีแรกผู้ป่วยมี PSD สูงกว่าช่วง 1-3 ปี อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า PSD สามารถเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายได้ (Lokk & Delbali, 2010) จากงานวิจัย 61 ชิ้น พบความชุกของ PSD ได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-84 ผลการศึกษาจึงอาจแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับเครื่องมือในการวินิจฉัย ระยะเวลาหลังโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Aniwattanapong, 2018) จากงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า อัตราชุกของ PSD อยู่ที่ร้อยละ 92 แต่เป็นระดับเล็กน้อยและปานกลางใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 43 และพบ PSD ระดับสูงเพียงร้อยละ 6 และงานวิจัยของ De Ryck et al. (2014) ที่พบว่า มี PSD ร้อยละ 28.1 ของผู้ป่วย 135 คน แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยอีกร้อยละ 71.9 ที่ไม่พบ PSD ในระยะแรกของการป่วย ซึ่งการมีระยะเวลาการเจ็บป่วย  $\leq 1$  ปี มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย PSD ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถรับมือกับสภาวะเจ็บป่วยตนเองได้

แต่เนิ่น ๆ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Sy et al., 2019)

การไม่มีโรคร่วม มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 98 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hackett et al. (2014) ที่นำเสนอไว้ว่า อาการของ PSD ที่มีอาการทางกายจากโรคร่วมนั้นพบได้น้อย และงานวิจัยของ Kapaedee and Srithornwannakul (2013) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น กับ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิด PSD จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงประเด็นของการไม่มีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิด PSD แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า การไม่มีโรคร่วมช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด PSD ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอื่นนอกเหนือจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ อีกทั้งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงอย่างเดียวอาจสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรักษาและฟื้นฟูการเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เป็นโรคแทรกซ้อนอื่นเพิ่มจนซ้ำเติมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด PSD ได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับตัวทำนายของ PSD ต่อไป

การมีโรคร่วม 1-2 โรค มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 84 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Li et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีโรคร่วมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม

ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ PSD เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kapaedee and Srithornwannakul (2013) ที่ศึกษาพบว่า โรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต โรคปอด โรคกระดูก/ข้อ ไขมันในเลือดสูง และโรคอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับ PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่ได้มีอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อหรือสร้างข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความทุพพลภาพหรือเกิดความบกพร่องของระบบประสาทและสมอง และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีอาการกล่าวถึงประเด็นของการมีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิด PSD แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีโรคร่วม 1-2 โรค เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิด PSD ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อรักษาและป้องกันการเจ็บป่วยที่มีอยู่ให้บรรเทาลง มีการลดความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ดูแลโภชนาการ ควบคุมเครื่องตีแอลกอฮอล์ งดยาสูบหรือสูบบุหรี่ รวมถึงมีการตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Neurological Institute of Thailand, 2013) ทำให้เป็นผลพลอยได้ที่ผู้ป่วยจะสามารถลดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองลงได้ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด PSD ด้วย

การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Niedermaier et al. (2004) ที่พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยามีการเกิด PSD มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา และการศึกษาของ

Aniwattanapong (2018) ที่พบว่า การรักษาด้วยยา มีประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกัน PSD ได้ ซึ่งการได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยาทางจิตเวชจะช่วยให้ระบบประสาทและสารเคมีในสมองทำงานเป็นปกติ ยาทางจิตเวชบางชนิดยังช่วยคลายเครียด คลายความกังวล ช่วยลดหรือบรรเทาอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ดังนั้นการใช้ยาทางจิตเวชจึงช่วยลดความเสี่ยงการเกิด PSD ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการได้รับยาทางจิตเวชตั้งแต่มีการวินิจฉัยแรกเริ่ม จะมีส่วนช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิด PSD ของผู้ป่วยได้ (Salter et al., 2013)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสป้องกันไม่ให้เกิด PSD ได้ร้อยละ 95 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sathirapanya and Sathirapanya (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ และงานวิจัยของ Tuyen et al. (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ PSD อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสป้องกันความเสี่ยงจาก PSD ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังใจ รู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุน การมีคนคอยอยู่เคียงข้างไม่ได้เผชิญความเจ็บป่วยเพียงลำพัง ทำให้มีขวัญกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมักจะเกิด PSD เนื่องจากรู้สึกหมดหนทางและโดดเดี่ยว (McCarthy et al., 2015) การสนับสนุนทางสังคมจึงถือเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดภาวะ PSD ได้ (Aniwattanapong, 2018)

## สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลตรง มีกลุ่มปกติ ร้อยละ 47.6 และมีกลุ่มเสี่ยงต่อ PSD ร้อยละ 52.4 ตัวแปรพยากรณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน และตัวแปรพยากรณ์ที่เป็นปัจจัยป้องกัน PSD ได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย  $\leq 1$  ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันร่วมกันพยากรณ์ PSD ได้ร้อยละ 63.5

## ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อ PSD ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป การเป็นโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ในระดับกลุ่มติดบ้าน เป็นประโยชน์ต่อจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และ/หรือ ทีมสหวิชาชีพ ในการตรวจประเมินวินิจฉัย วางแผนป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อ PSD ตลอดจนวางแผนปฏิบัติการเชิงลึกในการบำบัดรักษา PSD และฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ปัจจัยป้องกันการเกิด PSD ได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป การมีระยะเวลาการเจ็บป่วย  $\leq 1$  ปี การไม่มีโรคร่วม การมีโรคร่วม 1-2 โรค การได้รับยาทางจิตเวช 1 ตัวขึ้นไป การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ควรมีการส่งเสริมโดยจัดทำเป็นโครงการ เช่น

การสนับสนุนทางสังคมในชุมชน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ บทบาทครอบครัว รวมถึงมีการนัดหมายผู้ป่วยให้มารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อติดตามการพยากรณ์ PSD อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคร่วม ผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชบางตัว เพื่อวางแผนการดูแลป้องกันในระยะยาวต่อไป

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรเดิมหรือเพิ่มเติมพร้อมกับขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และอาจเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่าง เช่น ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยใช้ BDI-II เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไร และเพื่อขยายขอบเขตการวิจัยภาวะซึมเศร้าให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

4. โรคหลอดเลือดสมองแต่ละชนิด อาจส่งผลต่อการเกิดอาการทั่วไปและ PSD ของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมและให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละชนิดรวมทั้งศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้สามารถพยากรณ์ PSD ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. การศึกษาด้วยประเภทวิจัยที่ต่างกัน เช่น วิธีเชิงคุณภาพ หรือวิธีผสมผสาน

## เอกสารอ้างอิง (References)

- Aniwattanapong, D. (2018). Post-stroke depression. *J. Psychiatr Assoc. Thailand.* 63(4), 383-418. (in Thai).
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors, and outcomes of depression after stroke: Systematic review and metaanalysis. *Br. J. Psychiatry.* 202, 14-21.



- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996a). *Manual for the Beck depression inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996b). Comparison of Beck depression inventories-IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*. 67(3), 588-597.
- Carrà, G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Heider, D., Brugha, T., & Toumi, M. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 262(7), 607-616.
- Chau, J. P.-C., Thompson, D. R., Chang, A. M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S. K., & Kwok, T. (2010). Depression Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 19(21-22), 3042- 3050.
- Chemerinski, E., & Robinson, R. G. (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. 41, 5-14.
- De Ryck, A., Brouns, R., Geurden, M., Elseviers, M., De Deyn, P. P., & Engelborghs, S. (2014). Risk factors for poststroke depression: Identification of inconsistencies based on a systematic review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 27, 147-158.
- Department of Disease Control. (2021). *Years report 2020, Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health*. Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. (in Thai).
- Department of Medicine Services. (2014). *A handbook of elder screening/estimated*. The War Veterans Organization of Thailand printing. (in Thai).
- Dong-Heun, A., Yung-Jin, L., Ji-Hun J., Yong-Rok, K., & Jong-Bum, P. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation of Medicine*. 39, 74-80.
- Dossa, A., Glickman, M. E., & Berlowitz, D. (2011). Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation. *BMC Health Services Research*. 11, 2-10.
- Duangnate, K. (2021). Prevalence and factors associated depression among NCD patients at primary care unit of Phukieo Chalermprakiat Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*. 36(1), 13-24. (in Thai).
- Gosman-Hestrom, G., & Svennson, E. (2000). Parallel reliability of the functional



- independence measure and the barthel ADL index. *Disability Rehab.* 22(16), 702-715.
- Ha, E. H., & Gantioque, R. (2020). Treatment of post-stroke depression in young stroke survivors. *Stroke Res Ther.* 5(1), 1-4.
- Hackett, M. L., Kohler, S., O'Brien, J. T., & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *Lancet Neurol.* 13, 525-534.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black, W. C. (2010). *Multivariate data analysis a global perspective (Vol. 7)*. Pearson Prentice Hall.
- Hemtasilapa, S. (2005). *Stroke rehabilitation treatment and recovery: Emotional and mental*. Ultra-Printing. (in Thai).
- Hörnsten, C., Lövheim, H., Nordström, P., & Gustafson, Y. (2016). The prevalence of stroke and depression and factors associated with depression in elderly people with and without stroke. *BMC Geriatrics.* 16, 174-181.
- Hseuh, I., Lin, J., Jeng, J., & Hsieh, C. (2002). Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *Journal of Neurological Neurosurgery and Psychiatry.* 73, 188-190.
- Johnson, J. L., Minarik, P. A., Nyström, K. V., Bautista, C., & Gorman, M. J. (2006). Poststroke depression incidence and risk factors: An integrative literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 38(suppl), 316-327.
- Kapaedee, P., & Srithornwannakul, I. (2013). *The prevalence and associated factors of post stroke depression, Thammasat University Hospital*. Physical Therapy Center, Thammasat University Hospital, Thammasat University. (in Thai).
- Li, H. J., Kuo, C. C., Li, Y. C., Tsai, K. Y., & Wu, H. C. (2019). Depression may not be a risk factor for mortality in stroke patients with nonsurgical treatment: A retrospective case-controlled study. *Medicine.* 98(22), Article e15753. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015753>.
- Lokk, J., & Delbali, A. (2010). Management of depressive in elderly stroke patient. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 6, 539-549.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal.* 14, 56-61.
- Manpanit, L., & Chenarom, C. (2018). Behavioral activation in post-stroke patients with depression: brain and neuroscience perspectives. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima.* 24(2), 130-144. (in Thai).
- McCarthy, M. J., Sucharew, H. J., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Flaherty, M. L., Khatri, P., Ferioli, S., Adeoye, O., Kleindorfer, D. O., & Kissela, B. M.

- (2015). Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*. 39(1), 55-64.
- Ministry of Public Health. (2020). *The elder promote operation of region health profile R9 in 2018-2020 fiscal year*. The elder promote subdivision of region health profile R9, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Muhenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*. 35(6), 334-338.
- Munpanich, A. (2016). *A Study of norms of BDI-II Beck depression inventory-2nd edition in Thai psychiatric patients*. Psychology Division, Khon Kean Rajanagarindra Psychiatric Hospital. (in Thai).
- Neurological Institute of Thailand. (2013). *A handbook of stroke (paralysis-disability) for population*. (3<sup>rd</sup> ed). Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Niedermaier, N., Bohrer, E., Schulte, K., Schlattmann, P., & Heuser, I. (2004). Prevention and treatment of post-stroke depression with mirtazapine in patients with acute stroke. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 65(12), 1619-1623.
- Patcharawiwatpong, P. (2012). *Stroke*. In K. Pajari (Ed.), *Rehabilitation medicine for general practitioners*. (pp. 59-73). N.P. Press. (in Thai).
- Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 55(6), 341-349.
- Roth, E. J. (1997). *Stroke*. In B. O'Young, M. Young, & A. S. Steven, *Physical medicine and rehabilitation secrets*. (2<sup>nd</sup> ed.). (pp. 369-378). Hanley & Belfus. 253-262.
- Sainsbury, A., Seebass, G., Bansal, A., & Young, J. (2005). Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Aging*. 34, 228-232.
- Salter, K., Mehta, S., Bhogal, S., Teasell, R., Foley, N., & Speechley, M. (2013). *Chapter 18: Post stroke depression*. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation.
- Sathirapanya, C., & Sathirapanya, P. (2005). Factors influencing depression among patients with stroke. *Songkla Med. J*. 23(Special 2), 229-236. (in Thai).
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors. Boromarajonani college of nursing. *Uttaradit Journal*. 8(2), 73-85. (in Thai).
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wu, W. (2017). Risk factors for post-stroke depression: A meta-analysis. *Front Aging Neurosci*. 9, 218.
- Singhad, S. (2014). Nursing of the elderly with depression. *Journal of Science*

- and Technology. 18(3),15-24. [https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci\\_ubu/article/view/84720/67471](https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84720/67471) (in Thai).
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shioto, H., Tomita, T., & Yasui-Furukori, N. (2015). Effects of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11, 2551-2556. (in Thai).
- Sushila, R., Shonima, V., SatyaRaj, S., Priya, M., & Paul, R. (2019). The clinical usefulness of three depression screens for adolescents in India: A need in primary-care settings. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 8(5), 1748-1751.
- Sy, A., Tine, D. A. J., Diallo, A., Diagne, S. N., Toure, K., Seck, I., & Thiam, M. (2019). Study of factor associated with post stroke depression in the teaching Hospital of Fann (Dakar-Senegal). *Health*. 11, 1518-1528.
- Tantibhaedhyangkul, P., Kuptniratsaikul, V., & Tosayanonda, O. (1997). The study of the prevalence and correlation factors of depression in stroke patients. *J. Thai Rehabil*. 7(2), 64-71. (in Thai).
- Tirakanan, S. (2012). *Multicollinearity analysis for social science*. (2<sup>nd</sup> ed.). Chulalongkorn University Printing House. (in Thai).
- Trang Provincial Public Health Office. (2021). *Government action plan of health, Trang province, fiscal year 2021*. Trang Provincial Public Health Office. (in Thai).
- Tuyen, T. T. L., Jullamate, P., & Rosenberg, E. (2017). Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam. *Journal of nursing and health sciences*. 11(3), 148-157.
- van Rijnsbergen, M. W. A., Mark, R. E., Kop, W. J. de Kort, P. L. M., & Sitskoom, M. M. (2018). Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. *Neuropsychological Rehabilitation*. 29(10), 1-14.
- Wade, D., & Hewer, R. (1987). Functional abilities after stroke: Measurement, natural history, and prognosis. *Journal of Neurological Neurosurgery and Psychiatry*. 50, 177-182.
- Whyte, E., Mulsant, B., Vanderbuilt, J., Dodge, H., & Ganguli, M., (2004). Depression after stroke: A prospective epidemiological study. *J Am Soc Geriatr Dent*. 52(5), 774-778.
- World Health Organization. (2015). *Stroke, cerebrovascular accident*. Retrieved July 21, 2021, from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident).