

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคนี้เองอกสมอง

นางสาวอรุณวรรณ จันทร์แก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN
TUMOR

MISS DARUNWAN JUNKAEW

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
วัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

โดย

นางสาวดรุณวรรณ จันทร์แก้ว

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชวีชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ดร.คุณวรรณ จันทร์แก้ว: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN TUMOR) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:

ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 158 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 105 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72, .90, และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแควร์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.91)
2. รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (rpb) เท่ากับ -.265 และ -.375 ตามลำดับ
3. เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา.....2554.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377566336: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: DEPRESSION/ SYMPTOM CLUSTER / FUNCTIONAL STATUS/

COGNITIVE FUNCTIONS /SOCIAL SUPPORT / BRAIN TUMOR

DARUNWAN JUNKAEW: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN TUMOR. ADVISOR; ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 158 pp.

The purpose of this study were to study depression in adult patients with brain tumor and examine the relationships between sex, age, income, length of illness, functional status, cognitive status, social support and depression in adult patients with brain tumor. The subjects were 105 out-patients with brain tumor at neurosurgery clinics of King Chulalongkorn Memorial Hospital and Police General Hospital, selected by a multi-stage sampling. The instruments used for data collection were the demographic data and the illness data form, the Karnofsky Performance Status Scale (KPS), MMSE-Thai 2002, the social support questionnaire of Brandt and Weinert 's concept, Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) questionnaire. The instruments were reviewed by a panel of experts for the content validity. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha were .72, .90, and .84 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson Product Moment Correlation and Chi-square test at significant level of .05. The major findings were as follows

1. Mean of depression scores in patients with brain tumor indicating depression with mean scores equal to 16.10 (SD = 8.91).
2. There were negatively statistical correlation between income, social support and depression in patients with brain tumor at the level of .05 ($r_{pb} = -.265$ and $-.375$, respectively).
3. There were no statistical correlation between sex, age, length of illness, functional status, cognitive status, and depression in patients with brain tumor.

Field of Study :Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year :2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณายิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นผู้ให้ข้อคิด คำเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและการเรียนรู้ อันมีค่ายิ่งและให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประจำและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู ศัลยกรรมประสาท รวมทั้งบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประจำและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ทุกท่านที่ให้โอกาสและ เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจ รวมทั้งพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ และผู้ให้โอกาสผู้วิจัยในการมาศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจอันมีค่ายิ่ง และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิภาพ	ฉ
สารบัญภาพ.....	ค
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง.....	12
ชนิดของโรคเนื้องอกสมอง.....	12
พยาธิสรีรวิทยาของโรคเนื้องอกสมอง.....	13
อาการและอาการแสดง.....	17
การรักษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซีมเศร้า.....	19
ภาวะซีมเศร้า.....	23
ความหมายของภาวะซีมเศร้า.....	23
ภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง.....	24
สาเหตุของภาวะซีมเศร้า.....	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง.....	28
ผลกระทบของภาวะซีมเศร้า.....	46

	หน้า
บทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	47
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย	90
ข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง	98
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	111
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	116
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ความเที่ยงของเครื่องมือ การทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	133
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	158

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ และรายได้.....	70
2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกจำแนกตาม ชนิดของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และสิทธิการรักษา.....	72
3 จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะ ซึมเศร้า.....	74
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรค เนื้องอกสมอง.....	75
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามอายุ.....	76
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายได้.....	77
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย...	78
8 คะแนนการสนับสนุนทางสังคม จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มี ภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะ ซึมเศร้า.....	79
9 ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง.....	80
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองโดยการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square).....	81

- 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ
ซีมีเศร่า และไม่มีภาวะซีมีเศร่า จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และ
ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์
(Chi square).....82
- 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้น
ประถมศึกษาที่มีภาวะซีมีเศร่า และไม่มีภาวะซีมีเศร่า จำแนกตามการทำหน้าที่
ด้านการรู้คิด และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซีมีเศร่า
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นประถมศึกษา วิเคราะห์
โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square).....83
- 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้น
สูงกว่าประถมศึกษาที่มีภาวะซีมีเศร่า และไม่มีภาวะซีมีเศร่า จำแนกตามการ
ทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
กับภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง วิเคราะห์
โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square).....84
- 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้
ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่
โรคเนื้องอกสมอง.....85

สารบัญแผนภูมิภาพ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55

สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 1	การเปลี่ยนแปลงภายในสมองเมื่อมีเนื้องอกสมองหรือก้อนขยายตัวภายในช่องกะโหลกศีรษะ	14
----------	---	----

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเนื้องอกในสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ .ศ. 2548 - 2552 พบว่ามะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเกือบทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เกี่ยวกับภาวะความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกในระบบประสาท และสมองส่วนกลาง รวมทั้งเนื้องอกในสมอง พบว่าในปี 2552 มีผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 1,857 ราย เป็นชาย 1,014 ราย หญิง 843 ราย ในขณะที่ปี 2553 พบมีรายงานผู้ป่วยถึง 2,000 ราย โดยพบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15- 59 ปี แต่เมื่อแยกเฉพาะเนื้องอกในสมองพบว่าผู้ป่วยสูงถึง 1,686 ราย โดยสถานการณ์ของโรคมะเร็งและเนื้องอกในสมองนั้น พบมากเป็นอันดับ 2 รองจาก มะเร็งเม็ดเลือดขาว (โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา, 2555) และจากการศึกษาของ Shuangshoti and Panyathanya (1974) ได้ทำการศึกษาเนื้องอกระบบประสาทในประเทศไทย พบว่า จากผู้ป่วย 2,897 ราย พบว่ามี เนื้องอกในโพรงกะโหลกศีรษะ 1,028 ราย ซึ่งเท่ากับ 34.5% ของเนื้องอกในระบบประสาททั้งหมด และจำนวนเปอร์เซ็นต์ของเนื้องอกชนิดปฐมภูมิ (primary tumor) ที่พบในโพรงกะโหลกศีรษะ คือ glioma มีจำนวนมากที่สุด คือ 38.6% ตามด้วย meningioma 15.0% neurilemmoma 5.2% hamangioma 4.8% และ pituitary adenoma 4.1% และจากสถิติหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ .ศ. 2551-2553 พบว่าโรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่มีมากเป็นอันดับ 1 จากโรคทางระบบประสาททั้งหมด และมักพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 15-78 ปี และชนิดของโรคที่เป็นมากที่สุดคือ Meningioma (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2554) ซึ่งเกิดเนื้องอกในสมองขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อร่างกายและการรักษาทำได้ยากกว่าบริเวณอื่นๆ

เมื่อเกิดโรคเนื้องอกในสมอง จะทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทได้ต่างๆกัน ซึ่งอาการโดยทั่วไปที่เกิดจากความ

ต้นในช่องกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว ส่วนอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่เฉพาะส่วนของสมองที่ถูกทำลายหรือถูกกดเบียดโดยเนื้องอก ได้แก่ ตามัวหรือมองเห็นภาพซ้อน ระดับความรู้สติลดลง บุคลิกเปลี่ยนแปลง ซัก อ่อนแรง aphasia เป็นต้น (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ และการทำงานของระบบประสาทอื่นๆ (เนงนภัส พันธุ์แจ่ม , 2549) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีการพึ่งพาผู้อื่น สูงขึ้น หรืออาจมีการสื่อสารบกพร่อง ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือคับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวัง อ่อนแอและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าขึ้นในที่สุด (Litofsky and Resnick, 2009)

สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกในสมองในประเทศไทยยังไม่พบสถิติที่แน่นอน ส่วนในต่างประเทศพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง พบได้ตั้งแต่ 15-93 % ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เช่น การศึกษาของ Rooney, Carson, and Grant (2010) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 6% – 28% ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15% ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma ทั้งหมด จากการศึกษาของ Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, and Goldman (2002) ศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มาตรวจที่คลินิกมะเร็งและระบบประสาทพบว่า 28% ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง Litofsky, Farace, Anderson, Meyers, and Huang (2004) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Glioma ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 93% และยังคงใกล้เคียงกันที่ 3 - 6 เดือนภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของความแตกต่างกันของอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง คือ การจัดกลุ่มประเภทชนิดของเนื้องอกสมองที่แตกต่างกัน ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง เช่น บางการศึกษาอาจจะให้ความสำคัญกับชนิดของเนื้องอกชนิดเดียว ดังนั้นอุบัติการณ์ที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกในสมองจึงมีความไม่แน่นอน

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง จากการศึกษาของ Borzych (2007) พบว่าปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไร้กำลัง ไร้ความหวัง และรู้สึกสูญเสีย กังวลกลัวว่าจะตาย กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา และกลัวว่าจะต้องพراقจากบุคคลอันเป็นที่รัก มีการลดระดับของสังคมและการทำงานลง ลด

และเลิกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดความเหนื่อยล้าและการคิดรู้เกี่ยวกับบทบาทของพวกเขา ลดลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า

เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผลกระทบที่ตามมาคืออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง สาเหตุเกิดจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองแล้ว ระดับของ cortisol ในร่างกาย จะมีการเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในคนปกติระดับ cortisol จะสูงสุดในช่วงเช้า และลดลงต่ำสุดในช่วงเย็น แต่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าระดับของ cortisol จะอยู่ในระดับสูงตลอดทั้งวัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง เนื้องอกจึงมีการเจริญเติบโตได้เร็วขึ้น จึงไปกดเบียดหรือทำลายบริเวณก้านสมอง ผู้ป่วยจึงเสียชีวิตเร็วขึ้น (Wellish, Kaleita, Freeman, Cloughesy, Goldman, 2002) จากการศึกษาของ Mainio et al. (2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกชนิดปฐมภูมิจำนวน 75 คน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกในสมองชนิด low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยหลังการผ่าตัดสั้นกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คือ ถ้ามีภาวะซึมเศร้าค่าเฉลี่ย ของอัตราการรอดชีวิตจะอยู่ที่ 34 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับไม่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 41 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วย High-grade glioma ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัด จะมีอัตราการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีเพียง 15% ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอัตราการรอดชีวิตถึง 41% และในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20 เดือน (Gathinji et al., 2008)

นอกจากนี้เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าในที่ระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบการฆ่าตัวตายได้บ่อย ซึ่งพบในเกือบทุกประเภทของเนื้องอกสมอง และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง มีการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Winkour, 1990)

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง และเนื่องจากวัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างจากวัยผู้สูงอายุและวัยเด็ก เนื่องจากเป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบและดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้นจะทำให้มีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คือ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านร่างกาย ความจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพ อารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถ ถกกลับไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ หรือถูกให้ออกจากงาน (อำนวยการ อาชานอก, 2549) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคนี้เองออกสมองเพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญมาก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการท้อแท้ ห่อเหี่ยว ไม่สนใจตนเองมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง (Beck, 1979) ดังนั้นพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคนี้เองออกสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านกรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคนี้เองออกสมอง

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคนี้เองออกสมองเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านกรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคนี้เองออกสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากแบบแผนของความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้าได้ง่าย ซึ่ง Beck (1967) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมี

ความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเป็น จากความบิดเบือนของกระบวนการคิด ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967; Beck, 1979) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอก สมอง (Litofsky and Resnick, 2009) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีเจตคติต่อโรคเนื้องอกสมองว่า เป็นโรค ที่ผู้ใดเป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มีทางรักษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่ในวัยที่ต้องรับผิดชอบต่อ ครอบครัว เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง จึงเป็นสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และ บุคคลนั้นจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติ ด้านลบนั้นจะเป็นจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด ตามแนวคิดของ Beck (1967) ซึ่งมีผลทำ ให้เกิดภาวะซึมเศร้า

เมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น โดยเฉพาะในตำแหน่งสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) จะทำให้ มีการขัดขวางการส่งกระแสประสาทระหว่างบริเวณเยื่อหุ้มสมองกับ limbic ทำให้เกิดความ ผิดปกติทางอารมณ์เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าขึ้น นอกจากนี้โรคเนื้องอกในสมองส่วนมากมักจะมี ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการคิดรู้ การเคลื่อนไหว การ สื่อสาร การรับรู้ และการทำงานของระบบประสาทอื่นๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความบกพร่องทางด้าน ร่างกาย ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Litofsky and Resnick, 2009)

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และคัดสรรปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลา การเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านกรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่าง ในเรื่องสรีรวิทยาสมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากรายงานการวิจัยพบว่า เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้ว เพศชายจะมีจิตใจที่ เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ น้อยกว่า (Duits et al., 1998) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด benign ที่มีภาวะซึมเศร้า เพศหญิงจะมี คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการติดตามภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด 1 ปี พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Mainio et al., 2006)

อายุ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มี ประสบการณ์ พัฒนาการทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ในขณะที่ผู้ที่มี

อายุน้อยจะไม่มีประสบการณ์ในแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า (Nguyen and Zonderman, 2006)

รายได้ เป็นตัวบอกลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสุขในชีวิต และมีความสุขในชีวิต (มฤดี บุราณ , 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (Valentine, Passik, and Massie, 2002) และ Mendes de Leon, Rapp, and Kasl (1994) ศึกษาพบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ในระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม (Burchill et al, 2009) ทั้งนี้เป็นเพราะอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่มียุทธพลในการเกิดพฤติกรรม ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่าระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจได้

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเนื่องออกมาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของเนื้องอก เช่น อาจจะทำให้เกิดอาการตามัวหรือการมองเห็นแย่ง เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (อำนาจพร อาษานอก , 2549) ซึ่งอาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Meyers, Weitzer, Valentine and Levin, 1998) และระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เมื่อเกิดเนื้องอกในสมอง ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิด เนื่องจากเนื้องอกมีการอาจมีการกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดคั่ง จึงเป็นเหตุให้สมองบวม (Tucha, Smely, Preier, Lange and Klaus, 2000) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด สมรรถภาพลดลง การรับรู้เรื่องราวต่างๆลดลง สูญเสีย

ความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitner, 1999) จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองของต่อมใต้สมองที่มีภาวะ Cushing's disease การคิดจะลดลงในรูปแบบของหน่วยความจำและการมีสมาธิ (Weitzner, 1999) จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1993) พบว่าปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต มีภาวะฟุ้งพา ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า และส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อมคือจะทำให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยการให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์ของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ (Cobb, 1976 cited in Hurdle, 2001) จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1984) อ้างถึงในอำนาจพร อาษานอก (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการของโรคพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ได้แก่ การช่วยเหลือของกลุ่มการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วย ความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
2. อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง

1. ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งมาจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลตำรวจ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง หมายถึง ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ร้องไห้ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร หดหู่และเศร้าหมอง หวาดกลัว นอนไม่หลับ พุดคุยน้อยกว่าปกติ รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอยในชีวิต ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Rudloff (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง
3. เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคเนื้องอกสมอง

4. รายได้ หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกสภาพทางการเงินของผู้ป่วยภายหลังการเกิดเนื้องอกสมองที่ได้รับรายเดือน

ซึ่งเพศ อายุ และรายได้ ประเมินโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ รายได้

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคเนื้องอกสมอง จนถึงวันที่ตอบแบบประเมิน โดยประเมินจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและสอบถามจากตัวผู้ป่วย และบันทึกลงในแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเติมคำ

6. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินของ Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky et al., 1948) ที่ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อำนวยพร อาชานอก (2549) ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี สุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี มีภาวะเจ็บป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้

7. การทำหน้าที่ด้านกรรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ สมาธิ ทักษะความชำนาญ ความรู้สึกและการรับรู้การทำหน้าที่ ที่ การใช้ภาษา ความจำ การทำหน้าที่เฉพาะ การทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา อารมณ์ ความคิด ความพอใจและบุคลิกภาพ ประเมินโดยแบบวัดการรู้คิดของ Mini Mental State Exam (MMSE) ที่ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน เนื่องจากเกณฑ์ของผู้ที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติคือ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ คือระดับการศึกษาต้องจบชั้นประถมขึ้นไป ดังนั้นจุดตัด (cut-off point) ที่สงสัยว่ามีการทำหน้าที่ด้านการคิดรับรู้ของผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จึงอยู่ที่ 17 คะแนน คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ถือว่ามีการรู้คิดบกพร่อง ส่วนผู้ที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษาจุดตัด (cut-off point) จะอยู่ที่ 22 คะแนน คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ถือว่ามีการรู้คิดบกพร่อง

8. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การส่งเสริมหรือสนับสนุนแก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ประเมินโดยใช้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของอำนาจพร อาษานอก (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ จีรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของ Brandt and Weinert (1981) (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองและเพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงลุกลามไปจนถึงการฆ่าตัว รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้าน การรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งผู้วิจัย ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.1 ชนิดของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.3 อาการและการแสดง
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง
 - 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง
 - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

โรคเนื้องอกในสมอง (Brain tumor) หมายถึง เนื้องอกที่เกิดขึ้นจากเนื้อสมอง รวมถึงเนื้องอกของเส้นประสาทสมอง เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกของต่อมใต้สมอง เนื้องอกบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ ที่ลุกลามเข้าไปที่สมอง และมะเร็งของอวัยวะอื่นที่แพร่กระจายมาที่สมอง ซึ่งจัดอยู่ในพวกที่เป็นก้อนขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลกศีรษะทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น และมีอาการทางระบบประสาทได้แตกต่างกัน (เจษฎา นิยมมานิตย์, 2537)

1.1 ชนิดของโรคเนื้องอกสมอง ถ้าแบ่งตามชนิดของเนื้องอก จะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1) เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign brain tumor) คือ ก้อนที่ประกอบด้วยเซลล์ปกติ ไม่มีเซลล์มะเร็ง มีลักษณะคือ เห็นขอบเขตของก้อนชัดเจน ตัวก้อนไม่ลุกลามอวัยวะข้างเคียงและไม่แพร่กระจายไปที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย แต่ตัวก้อนสามารถกดเบียดเนื้อสมองที่อยู่ข้างๆ จนทำให้เกิดอาการแสดงผิดปกติได้ เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่อวัยวะอื่นมักไม่อันตราย คือไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตและไม่กลายเป็นมะเร็ง ไม่ต้องรักษาอะไร สามารถติดตามอาการได้ แต่เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่สมองแตกต่างจากอวัยวะอื่น คือ บางครั้งสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ทำให้สมองบวมและกดก้านสมองได้ และมีผู้ป่วยบางรายที่ก้อนสามารถกลายเป็นมะเร็งได้ แต่พบได้น้อย

2) เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant brain tumor) คือ เนื้องอกที่เกิดจากเซลล์มะเร็ง (เป็นเซลล์ที่เจริญผิดปกติ คือ เจริญเติบโตเรื่อยๆ และไปตายในเวลาที่เหมาะสม) ถือเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง จนอาจถึงแก่ชีวิตได้ มีลักษณะคือ ตัวก้อนมะเร็งจะขยายขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว , เซลล์มะเร็งสามารถลุกลามไปที่เนื้อสมองส่วนที่ดีที่อยู่รอบๆ ได้ รวมทั้งสามารถแพร่กระจายไปที่สมองส่วนอื่นและอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายได้ (metastasis)

ถ้าแบ่งตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) เนื้องอกในสมองที่เกิดขึ้นในสมองตั้งแต่แรก (primary brain tumors) คือ ก้อนเนื้อที่มีต้นกำเนิดของเซลล์มาจากเนื้อเยื่อของสมองเอง แบ่งได้เป็นกลุ่มย่อยได้หลายชนิดและมีชื่อเรียกตามชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด เช่น Acoustic neuroma (schwannoma), Astrocytoma (glioma) ,

Ependymoma, Ependymoblastoma, Medulloblastoma, Meningioma, Neuroblastoma, Oligodendroglioma, Pineoblastoma เป็นต้น

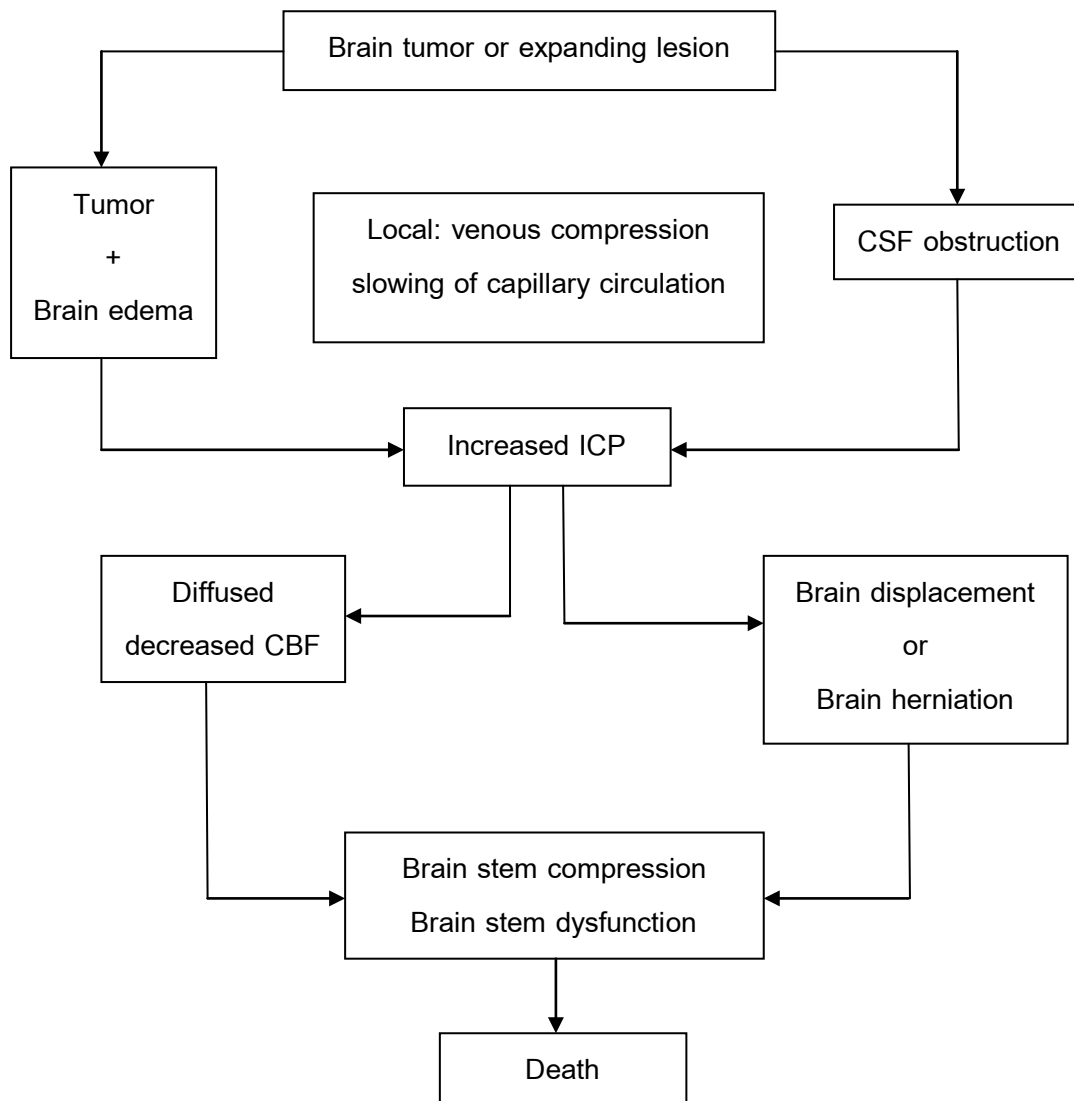
2) เนื้องอกในสมองที่แพร่กระจายมาจากมะเร็งที่ส่วนอื่นของร่างกาย (secondary/metastatic brain tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่เกิดจากเซลล์มะเร็งที่อวัยวะอื่นของร่างกาย แล้วแพร่กระจายมาที่สมอง กลุ่มนี้พบได้บ่อยกว่าเนื้องอกในสมองที่เกิดขึ้นในสมองตั้งแต่แรก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีประวัติของมะเร็งในตำแหน่งอื่นนำมาก่อนที่จะมีอาการทางสมอง แต่ในผู้ป่วยบางรายก็อาจมาด้วยอาการของมะเร็งในสมองก่อนแล้วจึงตรวจพบว่าเป็นการแพร่กระจายมาจากมะเร็งที่อวัยวะอื่น มะเร็งที่ชอบแพร่กระจายมาที่สมอง เช่น มะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม

1.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคเนื้องอกสมอง

เมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้นจะมีผลต่อสมองดังนี้คือ (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2541; เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; ศุภกิจ สงวนดีกุล, 2550; อำนวยพร อาษานอก, 2549)

1.2.1) การเกิดภาวะความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยทั่วไปแล้วก้อนที่ขยายตัวได้เพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะมากนัก แต่ความดันที่สูงมักเป็นผลรวมของการขยายตัวของก้อนนั้นกับพยาธิสภาพที่เกิดภายหลังการมีก้อน ได้แก่ สมองบวม (brain edema), venous congestion, การไหลเวียนของเลือดภายในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ และการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง ดังรูปต่อไปนี้

รูปที่ 1: การเปลี่ยนแปลงภายในสมองเมื่อมีเนื้องอกสมองหรือก้อนขยายตัว
ภายในช่องกะโหลกศีรษะ (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537)



จากรูปจะเห็นว่ามีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้นั้นเกิดจาก

1) เนื้องอกที่มีการขยายตัวร่วมกับสมองบวม ได้แก่ malignant tumor ซึ่งสมองบวมจากกลไกสองอย่างคือ primary toxic ของเนื้อร้ายที่มีต่อเนื้อสมอง และจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในบริเวณที่มีก้อน

2) การไหลเวียนของเลือดในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ ก้อนเนื้องอกอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดดำ

คั่ง จึงเป็นเหตุให้สมองบวม เช่น เนื้องอกสมองชนิด meningioma ถ้าอยู่ในบริเวณ parasagittal มักจะมีสมองบวมรอบๆเนื้องอกได้มาก หลอดเลือดฝอยที่ถูกเบียดโดยเนื้องอก จะมีการไหลเวียนของเลือดช้าลง เกิดภาวะ hypoxia บริเวณนั้น ทำให้ cortex บริเวณที่มีเนื้องอก มีลักษณะขาวซีด ดังนั้นทั้ง primary toxic ของ malignant tumor, venous congestion และ hypoxia เฉพาะที่ ล้วนมีผลกระทบต่อ blood brain barrier และมีส่วนในการทำให้เกิดสมองบวม

3) การอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง (CSF obstruction) การอุดตันของน้ำไขสันหลัง อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในทางเดินของ CSF จะทำให้เกิด obstructive hydrocephalus อาการของผู้ป่วยอาจเลวลงจนถึงขั้นหมดสติได้ในระยะเวลาอันสั้น การอุดตันทางเดินของ CSF อาจเกิดจากเนื้องอกขนาดเล็กที่อยู่ภายใน ventricular system หรือเนื้องอกอยู่นอก ventricular system แล้วโตไปเบียดทางเดิน CSF ในตำแหน่งที่แคบ เช่น บริเวณ aqueduct of Sylvius หรือ ทางออก (foramen) ต่างๆของ ventricles นอกจากนี้เนื้องอกในตำแหน่งอื่นที่ห่างจาก ventricle อาจทำให้มีการอุดตันทางเดินน้ำ CSF ได้เช่นกัน โดยเป็นผลจาก cerebral displacement หรือ herniation เช่น เนื้องอกใน supratentorium ทำให้เกิด uncus และ parahippocampal gyrus herniation ไปกด midbrain ซึ่งมีช่องแคบๆของ aqueduct of Sylvius หรือ tonsillar herniation ที่ไปอุดตันทางออกของ 4th ventricle เมื่อมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ก็ยังทำให้มี brain herniation มากขึ้น ส่งผลให้การอุดตันทางเดิน CSF ยิ่งมากขึ้นเป็นวงจรรตอเนื่องที่ทำให้ อาการผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงแก่กรรมในที่สุด

จากปัจจัยทั้ง 3 อย่างหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะ จะสูงขึ้นเรื่อยๆตามเวลาที่ผ่านไป การแก้ไขที่ดีที่สุดคือการรักษาต้นเหตุ ในกรณีที่เป็นเนื้องอกก็ ต้องผ่าตัดเนื้องอกออก จึงจะสามารถแก้ไข venous congestion สมองบวม การอุดตันน้ำ CSF และความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะที่สูงให้กลับคืนสู่ปกติได้ แต่ในบางรายก็ไม่สามารถรักษา ต้นเหตุได้ ทำให้ยังคงมีการอุดตันทางเดิน CSF อยู่ ในกรณีเช่นนี้ก็ต้องระบาย CSF ออก เพื่อลด ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะ เพราะหากปล่อยให้มี ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญ 2 อย่างคือ มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมอง ลดลง และเกิดภาวะ brain herniation กด brain stem ทำให้หน้าที่ของ brain stem เสียไปผู้ป่วย จะถึงแก่กรรมในที่สุด (เวชฎา นิมมานนิตย์, 2537)

1.2.2) การเกิด Brain displacement และ Brain herniation

เมื่อเนื้องอกขยายตัวใหญ่ขึ้น เนื้อสมองที่อยู่ใกล้ชิดโดยรอบจะถูกดันให้มีการเคลื่อนตัว เพื่อเนื้องอกจะได้มีการขยายตัวใหญ่ขึ้น แต่เนื่องจากภายในช่องกะโหลกศีรษะแบ่งออกเป็น

compartment ต่างๆ ด้วย falx cerebri และ tentorial cerebella จึงทำให้การเคลื่อนตัวของเนื้อสมองมีลักษณะต่างๆกัน ขึ้นกับตำแหน่งเนื้องอก แต่ไม่ว่าเนื้องอกจะอยู่ที่ใดก็ตาม เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้เกิดความดันแฟ้ไปยังส่วนอื่นๆของสมอง จนกลไกต่างๆที่ใช้ช่วยปรับระดับความดันถูกใช้หมดไป สมองจะถูกดันให้เคลื่อนตัว (shifting หรือ displacement) ไป compartments อื่น ที่มีความดันต่ำกว่า จึงเกิดภาวะที่เรียกว่า cerebral herniation หรือ Brain herniation ซึ่งจะกดเบียด brain stem ทำให้ผู้ป่วยหมดสติและตายได้

เนื้องอกหรือก้อนที่ขยายตัวได้อื่นๆที่อยู่ใน supratentorial จะทำให้เกิด brain herniation ได้ 3 แห่ง คือ

1. Cingulate herniation หรือ subfalcine herniation คือ ส่วนหนึ่งของสมอง Cerebrum ด้านใกล้กลางซึ่งเป็น Cingulate gyrus จะลอดผ่านใต้ Falx cerebri จากด้านที่มีความดันในกะโหลกสูงกว่าไปด้านตรงข้าม กดหลอดเลือดแดง Anterior cerebral artery ผู้ป่วยอาจมีอาการขาอ่อนแรงด้านตรงข้ามกับรอยโรค

2. Transtentorial herniation แบ่งเป็น 2 แบบ

- 2.1 Lateral transtentorial (Uncal) herniation คือ เมื่อความดันในช่อง Supratentorial เพิ่มขึ้น จะเกิดการเคลื่อนที่ของ Uncus ซึ่งเป็นส่วนของ Hippocampal gyrus เลื่อนลงไปกดบน Midbrain และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 จึงเกิดอาการ ซึมลง, รูม่านตาขยายโตด้านเดียวกับที่ถูกกด, อ่อนแรงของแขนขาครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ อาจมีปรากฏการณ์ Kernohan คืออาการอ่อนแรงครึ่งซีกจะอยู่ด้านเดียวกับพยาธิสภาพเนื่องจากรอยโรคอยู่ก่อนไป ด้านหลังของสมองใหญ่กดเบียด Midbrain ไปด้านตรงข้ามทำให้ Cerebral peduncle ด้านตรงข้ามกดกับขอบ Tentorium

- 2.2 Central transtentorial herniation คือ สมองส่วน Diencephalon เคลื่อนตัวผ่าน Tentorial notch กดลงบน Midbrain เกิดอาการซึมลง, รูม่านตามีขนาดเล็กลง, มีท่าผิดปกติแบบเหยียดเกร็ง Decerebrate

3. Uncal และ/หรือ parahippocampal herniation คือ เมื่อความดันในช่อง Supratentorial เพิ่มขึ้นจะเกิดการเคลื่อนที่ของ Uncus ซึ่งเป็นส่วนของ Hippocampal gyrus เลื่อนลงไปกดบน Midbrain และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 จึงเกิดอาการ ซึมลง, รูม่านตาขยายโตด้านเดียวกับที่ถูกกด, อ่อนแรงของแขนขาครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ อาจมีปรากฏการณ์ Kernohan คืออาการอ่อนแรงครึ่งซีกจะอยู่ด้านเดียวกับพยาธิสภาพเนื่องจากรอยโรคอยู่ก่อนไป

ด้านหลังของสมองใหญ่กดเบียด Midbrain ไปด้านตรงข้ามทำให้ Cerebral peduncle ด้านตรงข้ามกดกับขอบTentorium

Brain herniation ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันตลอดเวลาที่ความดันในภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้ต้นเหตุของการเกิดความดันในภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง จะอยู่ใน supratentorium ก็ตาม ผลสุดท้ายความดันจะแผ่ไปสู่ posterior fossa และทำให้มี brain herniation ครบทุกชนิด ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต

1.2.3) การสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่ถูกกดเบียดหรือถูกทำลายโดยเนื้องอก อาการและอาการแสดงก็จะเป็นอาการของการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนนั้น ได้แก่

การทำลายเนื้อสมอง จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนนั้น เช่น เมื่อเกิดเนื้องอกชนิด glioma บริเวณ internal capsule จะทำให้แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง

การเบียดดันเนื้อสมอง เช่น เมื่อเกิดเนื้องอกชนิด glioma ที่ temporal lobe จะทำให้แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง เมื่อได้รับการผ่าตัด temporal lobectomy อาการอ่อนแรงของแขนขาจะหายไป

การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื่องจากเส้นเลือดถูกกดหรืออุดตันจากเนื้องอก เช่น เมื่อเกิดเนื้องอกชนิด parasagittal meningioma ที่ลามเข้าไปอุดตัน superior sagittal sinus จะทำให้ขาสองข้างอ่อนแรง หรือการเกิดเนื้องอก medial sphenoid ridge meningioma ไปกดรัด internal carotid artery เกิดเป็น cerebral ischemia จะทำให้แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง

การกดเส้นประสาทสมองโดยตรง เช่น เนื้องอกชนิด acoustic neuroma ไปกด trigeminal nerve, facial nerve ทำให้เสียหน้าที่ไป เป็นต้น

ระบบประสาทเสียหายที่ทั่ว ๆ ไป (diffuse neurologic deficit) อาจทำให้สติปัญญาและความสนใจเสื่อมจนถึงไม่รู้สติ ทั้งนี้เป็นผลของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงและมี hydrocephalus ร่วมด้วย (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2541; อำนวยพร อาษานอก, 2549)

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทั่วไปและอาการเฉพาะที่ อาการทั่วไปเป็นอาการที่เกิดจากความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งมีอาการสำคัญอยู่ 3 อย่างคือ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว เนื่องจากมี papilledema (choked disc) เมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวใหญ่ขึ้น

ก็จะเกิดอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกลดลง เห็นภาพซ้อน หรือตาเหล่ เนื่องจาก abducens nerve palsy วิงเวียนศีรษะ ชักทั้งตัว และ Cushing's reflex ส่วนอาการเฉพาะที่ เป็นอาการสูญเสียหน้าที่เฉพาะของสมองส่วนที่ถูกทำลายหรือถูกกดเบียดโดยเนื้องอก อาการเฉพาะที่จะเป็นอาการที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัย เพราะจะบอกถึงตำแหน่งของเนื้องอก (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2541)

อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับ ตำแหน่ง, ขนาดของก้อน, การบวมรอบก้อน, การอุดตันทางเดินน้ำในโพรงสมอง อาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการแสดงของความผิดปกติทางระบบประสาท(Progressive neurodeficit 60%) รองลงมาคือ อาการปวดศีรษะ (50%) ซึ่งอาการที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2541; ศุภกิจ สงวนดีกุล, 2550; อำนวยพร อาษานอก, 2549)

1.3.1) อาการสูญเสียหน้าที่ของสมองบางส่วน (Focal Neurological Deficit) เนื้องอกเกิดในตำแหน่งใดจะทำให้สูญเสียหน้าที่ในตำแหน่งนั้น เช่น เกิดเนื้องอกขึ้นในส่วนที่ควบคุมประสาทสั่งการกล้ามเนื้อ เช่น ที่ Frontal lobe จะทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในครึ่งซีกด้านตรงข้าม, เกิดเนื้องอกขึ้นในส่วนรับความรู้สึก เช่น ที่ Parietal lobe ทำให้รับความรู้สึกผิดปกติไปหรือลดลงในครึ่งซีกด้านตรงข้าม, เกิดเนื้องอกในส่วนของ Temporal lobe จะทำให้มีความจำเสื่อมหรือลานสายตาผิดปกติ เกิดเนื้องอกขึ้นที่เยื่อหุ้มของเส้นประสาท เช่น Acoustic Schwannoma ซึ่งเป็นเนื้องอกของเส้นประสาทคู่ที่ 8 จะทำให้การได้ยินเสียงลดลง

1.3.2) อาการปวดศีรษะ ที่เกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือมีการกดทับ Pain sensitive structure ที่ฐานกะโหลก จะมีอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก หรือในรายที่มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยอยู่ก่อน เช่น ไมเกรน จะมีอาการปวดศีรษะที่เปลี่ยนไปจากเดิมในทางที่อาการรุนแรงมากขึ้น

1.3.3) อาการแสดงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้แก่ ปวดศีรษะ, อาเจียนพุ่ง, ตามัว (มี papilledema)

1.3.4) อาการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว เช่น สับสน, ซึมลง, หมดสติ หรือมีบุคลิกภาพหรือนิสัยเปลี่ยนไป เช่น นิสัยก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองส่วน frontal lobe

1.3.5) อาการชัก จะเกิดในเนื้องอกบริเวณผิวสมอง (Cerebral Hemisphere)

1.3.6) อาการของการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนผิดปกติ เมื่อมีเนื้องอกที่ต่อมใต้สมอง (Pituitary tumor) หรือมี Pituitary apoplexy จะมีปัญหาทางด้านสายตา จะทำให้ลานสายตาแคบ, ตามัว, เห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็น, ปวดศีรษะ, หรือหมดสติจากต่อมใต้สมองขาดเลือด

1.3.7) อาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง (Tumor TIA, Stroke) เมื่อมีการอุดตันหลอดเลือดโดยเนื้องอกสมอง หรือมีเลือดออกในก้อนเนื้องอก

1.3.8) มีปัญหาในด้านการพูด เช่น sensory aphasia หรือ motor aphasia

1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทางกายตามแนวทางของ เบญจลักษณ์ มณีทอน(2551) มีดังนี้

1.4.1) การรักษาสาเหตุหลัก การรักษาผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า ควรให้การรักษาทางกายควบคู่ไปกับทางจิต โดยให้ความสำคัญกับสาเหตุหลักที่คาดว่าจะจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

1.4.2) รักษาอาการปวด ผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังส่วนมากมักมีความเจ็บปวดร่วมด้วย ดังนั้นทีมผู้รักษาไม่ควรมองข้ามอาการปวด อีกทั้งยังควรคัดกรองภาวะดังกล่าว และให้การรักษาโดยให้ยาบรรเทาปวดตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งในปัจจุบันมียาต้านซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ duloxetine ซึ่งสามารถรักษาอาการปวดและภาวะซึมเศร้าได้ โดยกลไกการออกฤทธิ์ผ่านสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ที่ระบบประสาทส่วนกลาง

1.4.3) รักษาสาเหตุของอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากอาการอ่อนเพลีย อาการปวดและภาวะซึมเศร้านักพบร่วมกัน จึงควรรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เช่น รักษาภาวะโลหิตจาง ภาวะขาดออกซิเจน ขาดสารอาหาร และภาวะเสียสมดุลย์เกลือแร่ นอกจากนี้อาจส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ร่วมกับให้ยาต้านซึมเศร้า

1.4.4) ประเมินปัญหาที่พบร่วมอื่นๆ โดยหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าวาเกิดจากอะไร และให้การรักษาที่สาเหตุ

1.4.5) การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยา หากเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็ง HIV เป็นต้น โดยการเลือกยาที่เหมาะสมต้องพิจารณาจากสภาพร่างกายของผู้ป่วย การตอบสนองต่อยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะ drug interaction ระหว่างยารักษาโรคทางกายกับยาต้านซึมเศร้า ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้ามียาหลายกลุ่มดังนี้

1) Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เป็นยาต้านซึมเศร้ากลุ่มดั้งเดิมที่มีกลไกยับยั้ง monoamine oxidase ที่ presynaptic neurons ลดการทำลายสารสื่อประสาท

serotonin และ norepinephrine จึงทำให้สารสื่อประสาททั้งสองเพิ่มขึ้นใน synaptic cleft ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้คือ phenelzine, tranylcypromine และ isocarboxazid ยาทั้งสามชนิดออกฤทธิ์ยับยั้ง Monamine oxidase A (MAOA) และ Monoamine oxidase B (MAOB) อย่างถาวร

2) Tricyclic antidepressants (TCAs) และ related agents ยาในกลุ่ม TCAs ได้แก่ amitriptyline, nortriptyline, imipramine, clomipramine, desipramine, doxepine และ protriptyline ส่วนยาในกลุ่มที่มีกลไกการออกฤทธิ์อื่นๆ ได้แก่ trazodone และ amoxapine ยาสองกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน และมีผลข้างเคียงผ่านการยับยั้ง receptors ได้แก่ muscarinic, histamine, และ noradrenergic receptors โดย anticholinergic receptors พบได้บ่อยกว่า amitriptyline และ clomipramine มีกลไกยับยั้ง cholinergic receptors ค่อนข้างสูง ทำให้ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก หากผู้ป่วยทนต่ออาการเหล่านี้ได้ อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น แต่ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเกิดผลข้างเคียงค่อนข้างรุนแรง เช่น ปัสสาวะไม่ออก ถ้าไส้ไม่ทำงาน (ileus) และอาจเกิดภาวะเพ้อ (anticholinergic delirium) หากผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่มอื่นที่มีฤทธิ์ anticholinergic ร่วมด้วย เช่น ยาด้านโรคจิตกลุ่มที่มีศักยภาพต่ำ (low potency antipsychotic drugs) หรือ anticholinergic drugs เช่น trihexylphenidyl จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงมาก ส่วน adrenergic receptors เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ adrenergic receptors ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง หากใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยทางกาย อาจทำให้หน้ามืดเป็นลม และตกเตียงได้ง่าย หากเปรียบเทียบผลข้างเคียงในกลุ่ม TCAs พบว่า nortriptyline ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ได้น้อยกว่า TCAs ตัวอื่น การใช้ยาควรเริ่มที่ปริมาณน้อย ทั้งควรตรวจวัดความแตกต่างของความดันโลหิตและชีพจรในท่านั่ง 5 นาที เทียบกับท่านอน 2 นาที ปัญหาสำคัญของ TCAs คือ ทำให้เกิดฤทธิ์ quinidine like antiarrhythmic activity ซึ่งจะก่อให้เกิด QRS duration, QT/QTc และ PR interval นานขึ้น แม้ใช้ยาอยู่ในช่วง therapeutic levels ก็ยังสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงดังกล่าวได้ ส่วน Antihistamine receptors พบได้บ่อยกว่า amitriptyline, clomipramine, doxepine และ trazodone มีฤทธิ์ทำให้ง่วงซึม ข้อดีคือช่วยรักษาปัญหาอนอนไม่หลับ แต่ข้อเสียคือ การใช้ยาในปริมาณสูง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมึนงงมากในตอนเช้า ซึ่งรบกวนต่อความสามารถในการทำงานตอนกลางวัน นอกจากนี้ TCAs ยังมีฤทธิ์ยับยั้ง histamine type 1 receptors ที่ระบบประสาทส่วนกลางทำให้รู้สึกอยากรับประทานอาการเพิ่มขึ้น

3) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ควรเลือกใช้ SSRIs ที่ไม่ค่อยมีผลต่อ cytochrome P450 2D6 เช่น citalopram หรือ sertraline เนื่องจากทำให้เกิด toxic level ได้น้อยกว่า

4) Newer antidepressants ได้แก่ bupropion และ venlafaxine

Bupropion เป็นยาในกลุ่ม monocyclic phenylbutamine ที่มีโครงสร้างคล้าย amphetamine ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า คาดว่าการใช้ยาในปริมาณสูงจะยับยั้งการดูดกลับของ dopamine bupropion มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทมาก ทำให้นอนไม่หลับ มีอาการสั่นและอาจทำให้มีการรับรู้ผิดปกติได้ (perceptual abnormality) และอาจทำให้เกิดอาการชักได้โดยสัมพันธ์กับปริมาณยา หากใช้ยาประมาณ 450 มิลลิกรัมต่อวัน อาจเสี่ยงต่อการชักประมาณร้อยละ 0.35-0.44 จึงไม่ควรให้ bupropion ในผู้ป่วยที่รับประทานยาร่วมกันหลายชนิด เพื่อลดระดับ seizure threshold หรือในผู้ป่วย anorexia bulimia รวมทั้งผู้ที่มีโรคทางระบบประสาท เช่น โรคลมชัก มีอุบัติเหตุที่ศีรษะ หรือมี EEG ผิดปกติ

Venlafaxine เป็นยาในกลุ่ม phenylamine antidepressant สามารถยับยั้งการดูดซึมสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine กลับสู่ presynaptic neurons ซึ่งอาจยับยั้งการดูดซึมสารสื่อประสาท dopamine ด้วยเช่นกัน ยานี้มีผลข้างเคียงจากการเพิ่ม serotonin และ norepinephrine ซึ่งจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออก กระสับกระส่าย เบื่ออาหาร ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ และความดันโลหิตสูงขึ้น ข้อพึงระวัง ไม่ควรใช้ venlafaxine ร่วมกับ MAOIs เพราะจะทำให้เกิด serotonin syndrome ได้

1.4.6) Treatment-resistant depression

หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาซึมเศร้าตัวแรก มีแนวทางปรับเปลี่ยนการรักษาได้หลายแนวทางดังนี้

- 1) เพิ่มยาด้านซึมเศร้า สามารถปรับเพิ่มยาด้านซึมเศร้าจนถึงระดับที่ออกฤทธิ์รักษา และสังเกตการตอบสนองต่อการรักษา
- 2) ให้ยาในกลุ่มอื่นเสริมฤทธิ์ยาด้านซึมเศร้า หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาบ้าง อาจให้ lithium หรือ thyroid hormone เสริมฤทธิ์เข้าไป (augmentation)
- 3) เปลี่ยนเป็นยาด้านซึมเศร้าในกลุ่มอื่น หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาด้านซึมเศร้าเลย หรือเริ่มทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ควรเปลี่ยนเป็นยาด้านซึมเศร้าในกลุ่มอื่นเลย
- 4) การบำบัดด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) หากผู้ป่วยทางกายไม่

ตอบสนองต่อยาต้านซึมเศร้าหลายชนิด หรือมีอาการโรคจิตร่วมอาจพิจารณาทำ ECT ได้ โดย ECT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งใช้รักษาภาวะซึมเศร้าได้ ในปัจจุบันคงยังไม่กลไกการรักษาของ ECT แม้จะนำมาใช้นานกว่า 60 ปีแล้วก็ตาม จัดได้ว่า ECT เป็นแนวทางการรักษาในลำดับที่สอง รองจากการใช้ยาต้านซึมเศร้า แต่บางกรณีจัด ECT เป็นแนวทางการรักษาอันดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วม, ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง, ขาดสารอาหาร น้ำ และเกลือแร่ เนื่องจากซึมเศร้าอย่างรุนแรง Functional หรือ organic catatonia, Manic อย่างรุนแรง, ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า, เคยตอบสนองต่อ ECT มาก่อน, ไม่สามารถใช้อาาต้านซึมเศร้าได้ เช่น ตั้งครรภ์ หรือ severe coronary artery disease

1.4.7) การทำจิตบำบัด

ภาวะซึมเศร้ามักมีสาเหตุร่วมกันทั้งกาย จิต และสังคม ดังนั้นจึงควรทำจิตบำบัดควบคู่ไปกับการใช้ยาต้านซึมเศร้า การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมด้วย ต้องมีความยืดหยุ่นมากกว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชทั่วไป และปรับแนวทางการรักษาให้เข้ากับปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาล และโรคทางกายของผู้ป่วย ก่อนที่จะทำจิตบำบัด ควรประเมิน และลำดับความสำคัญของปัญหา จากนั้นจึงใช้เทคนิคที่กระชับและมุ่งเน้นแก้ปัญหาที่สำคัญก่อน ควรหาปัจจัยที่กระตุ้นซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และพยายามทำความเข้าใจปัญหาทางด้านจิตสังคม

การทำจิตบำบัดแบบสั้น (Brief psychotherapy) เป้าหมายเพื่อเสริม self-esteem ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยของตน เข้าใจข้อจำกัดต่างๆอันเกิดจากโรคและโรงพยาบาล ช่วยลดความรู้สึกแยกตัว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวและจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย รวมทั้งความพิการของตน อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ เช่น ความหวาดกลัว และความกังวลเกี่ยวกับโรคทางกาย เป็นต้น

Cognitive-behavioral therapy (CBT) เป็นวิธีการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ส่วนใหญ่แล้วมักมุ่งเน้นรักษา core conflict วิธีการดังกล่าวสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

การทำกลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) ในต่างประเทศนิยมทำกลุ่มจิตบำบัดให้ผู้ป่วยทางกาย เช่น กลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโรคปอดและโรคเอดส์ เป็นต้น การรักษาดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกลุ่มประคับประคอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ช่วยขจัดความเหงา และช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่

การให้ความรู้และการทำจิตบำบัดครอบครัว (Family psychoeducation and therapy) ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ชนบท มีปัญหาและอาจต้องการให้ทีมผู้รักษาช่วยเหลือด้วยเช่นกัน ดังนั้นการให้ความรู้และการทำจิตบำบัดครอบครัว สามารถช่วยปรับระดับประคองอารมณ์และบรรเทาความรู้สึกผิด ทั้งยังกระตุ้นให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเตรียมครอบครัวให้พร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ลดความรู้สึกแปลกแยกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเบี่ยงเบนความโกรธของญาติผู้ป่วยไปยังทีมรักษาอีกด้วย

การทำสมาธิ (Insight meditation) ประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่เรียนรู้วิธีการทำสมาธิเป็นพื้นฐานมาบ้าง หากนำการฝึกสมาธิมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม โดยลดพิธีกรรมที่ซับซ้อน เน้นฝึกลมหายใจ (อาณานปานสติ) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายของตน และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่เที่ยง ไม่สามารถคงสภาพอยู่ได้ และละวางความยึดมั่น ซึ่งเป็นเทคนิคให้เกิดปัญญา มองปัญหาตามความเป็นจริง โดยสามารถใช้วิธีการฝึกดังกล่าวควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck et al. (1979) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต ทำให้มีความคิดด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหดหู่ใจ มีการประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ แรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีการคิด การพูด และการเคลื่อนไหวช้า ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง หลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าที่จะแก้ไข แยกตนเองออกไป รู้สึกสิ้นหวังในอนาคต จนถึงมีความคิดอยากตายได้

Kaplan and Sadock (1989) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้ามีความหมาย 3 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง ภาวะซึมเศร้าอธิบายถึง ความรู้สึกเศร้าเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ในทางจิตเวชภาวะซึมเศร้าเป็นคำแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ มีความรู้สึกเสียใจ ไม่มีความสุข ความรู้สึกเป็นทุกข์และทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ

ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตัวเอง และความคิดจะเซื่องช้าลง และด้านที่สาม ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการของโรค

Karren et al. (2006) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าไว้ 4 แบบ คือ 1) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรบกวนสมดุลภาวะปกติของชีวิตมนุษย์ 2) เกิดจากอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา 3) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติทางคลินิก เช่น เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง 4) ภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะวิกฤต

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ร้องไห้ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร หดหู่และเศร้าหมอง หวาดกลัว นอนไม่หลับ พุดคุยน้อยกว่าปกติ รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกทำถอยในชีวิต

2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

ผู้ป่วยโดยทั่วไป เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกที่เหลือในครอบครัวในหลายๆด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก ก็อาจจะมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงินของครอบครัวด้วย นอกจากนี้การยอมรับเกี่ยวกับโรคเนื้องอกสมองของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับไม่สูงเพียงพอที่จะรับว่าตนเองเป็นโรคนี้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกังวลกับการรอรับคำวินิจฉัย และส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเหมือนจะถูกประหารชีวิต เมื่อทราบว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง บางครั้งอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้น ผู้ป่วยบางคนอาจจะตื่นตระหนกหมดกำลังใจหนีการรักษาที่มีโอกาสจะหาย และทำให้โรคลุกลามมากขึ้น โดยหลักจิตวิทยาหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเนื้องอกสมองแล้ว จะเกิดปฏิกิริยาในการที่จะปฏิเสธการเป็นโรคเนื้องอกสมอง มีการก้าวร้าว, การต่อต้าน, การปฏิเสธคำวินิจฉัย ซึ่งบางครั้งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหนีการรักษา แต่

หากผู้ป่วยผ่านขั้นตอนในเบื้องต้นนี้แล้ว ก็จะผ่านเข้าสู่ภาวะการยอมรับแต่ก็จะมีภาวะซึมเศร้าแทน (พิทยภูมิ ภัทรนุภาพ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในต่างประเทศพบว่า จากการศึกษาร่วมของ Rooney, Carson, and Grant (2010) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma พบว่า ค่าเฉลี่ยของความถี่ในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย glioma คือ 15% และจากการศึกษาของ Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, and Goldman (2002) ศึกษาเกี่ยวกับการภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงในผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยใช้เกณฑ์ DSM - IV พบว่า 28% ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และจากการศึกษาของ Litofsky, Farace, Anderson, Meyers, and Huang (2004) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Glioma ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 93% และยังคงใกล้เคียงกันที่ 3 - 6 เดือนภายหลังการผ่าตัด จากการศึกษาร่วมของ Litofsky and Resnick (2009) พบว่า มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีภาวะซึมเศร้า จำนวนมากถึง 50% โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการ Cushing พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 63%

เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง จากการศึกษาร่วมของ Mainio, Hakko, Timonen, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองชนิดปฐมภูมิ พบว่าผู้ป่วยโรค high-grad glioma จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 22.5 เดือน ส่วนผู้ป่วย low-grad glioma จะอยู่ที่ 50.2 เดือน และ 58.2 เดือนในผู้ป่วยโรคเนื้องอกไม่ร้ายแรงชนิด ในผู้ป่วยโรค low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรอดชีวิตสั้นกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่พบความแตกต่างในผู้ป่วยโรค high-grad glioma กับโรคเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง Mainio et al. (2006) ศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด low-grad gliomas ในปี ค.ศ. 1990 - 2003 เกี่ยวกับการทำนายอัตราการรอดชีวิตจากคุณภาพชีวิตที่ลดลงกับภาวะซึมเศร้า พบว่าจากการติดตามผู้ป่วย low-grad gliomas ที่มีภาวะซึมเศร้า จะม้อัตราการรอดชีวิตที่สั้นลงคือ 3.3-5.8 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 10.0 - 11.7 ปี Gathinji et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดกับอัตราการรอดชีวิตภายหลังจากการผ่าตัดของมะเร็งสมองชนิด astrocytoma พบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ลดลง และพบว่าอัตราการรอดชีวิตระหว่างการมีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความ

แตกต่างกันคือ มีภาวะซึมเศร้าอัตราการรอดชีวิตจะอยู่ที่ 12 เดือน และ ไม่มีภาวะซึมเศร้าอัตราการรอดชีวิตจะอยู่ที่ 20 เดือนภายหลังการผ่าตัด

สำหรับช่วงระยะเวลาในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความแตกต่างกัน คือ จากการศึกษาของ Litofsky and Resnick (2009) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดมากขึ้นหลังจากการใช้สเตียรอยด์ภายหลังการผ่าตัด 6 เดือน Litofsky et al. (2004) พบว่า จากการศึกษาวิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 598 คน ในช่วงหลังการผ่าตัดใหม่ๆ แพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 15% และเพิ่มขึ้นเป็น 22% ในช่วงหลังจากการผ่าตัด 3 - 6 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Litofsky and Resnick (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ในช่วงที่มีการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจก่อนที่จะมีการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจริง และภาวะซึมเศร้านักจะพบในผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลกลัวว่าจะตาย และกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา และกลัวว่าจะต้องพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้มีการลดระดับทางสังคมและการทำงานลง และเลิกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดความเหนื่อยล้า ทำให้การรู้คิดลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

ความรุนแรงของการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีภาวะซึมเศร้า มีการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าจากการผ่าชันสูตรศพ ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองมีการฆ่าตัวตายถึง 47.7% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย มีแค่ 18.3% ของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง (Litofsky and Resnick, 2009) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่ามีการศึกษาอย่างแพร่หลาย และสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ (genetic theory) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเป็นการศึกษาในฝาแฝดเหมือน ถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ อีกคนมีโอกาสพบความผิดปกติร้อยละ 45-60 ส่วนฝาแฝดที่เกิดจากไขคนละใบ มีโอกาสพบความผิดปกติร้อยละ 12 (Vacarolis, 2002)

ทฤษฎีทางชีวเคมี (biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาทคือ ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนพริน (serotonin and

norepinephrine) มีการหลั่งลดลง หรืออาจเกิดจากระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูงขึ้น รวมทั้งมีระดับฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ลดลง (Shives and Isaacs, 2002) ซึ่งการหลั่งของสารซีโรโทนิน (serotonin) ที่ลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกายลดลง ได้แก่ การนอนหลับ ความอยากอาหาร ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ถ้ามีการหลั่งนอร์อิพิเนฟรินลดลง จะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย มีความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิลดลง รวมทั้งความต้องการทางเพศลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซิกมันด์ฟรอยด์ ได้ชี้ให้เห็นว่า บุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 6 ปีแรกของชีวิต จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่ดี (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย , 2549) หากได้รับความคับข้องใจหรือประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ความรู้สึกขัดแย้งนี้จะถูกเก็บไว้ภายใต้จิตใต้สำนึกในช่วงปีแรก ทำให้เป็นแรงผลักดันให้บุคคลลงโทษตัวเอง โทษตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า นอกจากนี้การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว สูญเสียงาน การเจ็บป่วยที่รุนแรง การหย่าร้าง หรือสภาวะเครียดที่รุนแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Price, 1985)

ทฤษฎีพัฒนาการ อิริคสันมีความเชื่อว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลเกิดจากที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทุกช่วงวัย ซึ่งจะพัฒนาเป็นองค์ประกอบของบุคลิกภาพไปตลอดชีวิต (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) หากบุคคลได้รับการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านการปรับตัว ต่อไปในอนาคต ซึ่ง Sullivan (2000) เชื่อว่า การเกิดความขัดแย้งระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลหรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีการเรียนรู้ เซลิกแมน (Seligman, 1974) กล่าวว่าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต รู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกสิ้นหวัง มีความเชื่อและเรียนรู้ว่าไม่มีใครหรือสิ่งใดที่จะช่วยให้เขาดีขึ้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ไม่แสวงหาหนทางที่จะแก้ไข และเกิดการเรียนรู้ว่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Frisch and Frish, 2002)

Beck (1967) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดด้านลบหลัก 3 ประการคือ

1. รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) คือ มักมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา จากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นมา และมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นก็จะโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง

ทำให้ความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า มีความคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกผิด และคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง

2. รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย โดยคิดว่าตนเองถูกใส่ร้าย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะไปเปลี่ยนสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองประสบมา

3. รูปแบบความคิดด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบัน จะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อมองไปข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความขี้ใจและความสูญเสีย เมื่อพบว่าสถานการณ์ในปัจจุบันมีปัญหาอุปสรรค ก็จะมองว่าอนาคตเป็นสิ่งที่ปัญหา และไม่มีหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ดังนั้นเบ็คจึงมีความเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ความรู้สึกและความคิดมีความสัมพันธ์กัน มักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์ และความคิดมากขึ้น

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง ดังนี้

2.4.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่าง ในเรื่องสรีรวิทยาสมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอ (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างถึงใน นิธิวิดี เมธาจารย์, 2544) จากรายงานการวิจัยพบว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้ว เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Duits et al., 1998) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด benign ที่มีภาวะซึมเศร้า เพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

กว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการติดตามภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด 1 ปี พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Mainio et al., 2006)

2.4.2 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจในการดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการของอายุ ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา จากการศึกษาไรท์ (Wright, 1991) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุข การมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วย เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และ การตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีประสบการณ์ พัฒนาการทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยจะไม่มีประสบการณ์ในแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า (Nguyen and Zonderman, 2006)

2.4.3 รายได้ เป็นตัวบอกลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุขในชีวิต (มลฤดี บุราณ , 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (Valentine et al., 2002) และ Mendes de Leon et al. (1994) ศึกษาพบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น

2.4.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ในระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก ท้อแท้ หมัดหวัง รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม (Burchill et al, 2009) ทั้งนี้เป็น

เพราะอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลในการเกิดพฤติกรรม ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่าระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันนานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจได้

2.4.5 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย

2.4.5.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

Linderboom et al. (2003) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายคือ การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสีย อันเป็นผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบประสาท

Katz and Stroud (1989) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2547) ให้ความหมายไว้ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งสามารถประเมินได้จากความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

สรุปการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีความผิดปกติของร่างกาย

2.4.5.2 พยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมองที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายบกพร่อง

พยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมองตามตำแหน่งของสมองที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายบกพร่องไป มีรายละเอียดดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพัฒน์ และธนิต วัชรพุก, 2541; เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; อำนวยพร อาษานอก, 2549)

1) Frontal lobe เมื่อมีเนื้องอกสมองเกิดขึ้นในบริเวณ Motor area จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของอวัยวะ ถ้า Motor area ส่วนที่ไปสู่วางแขนและมีอตุกกดก็จะมีอาการอ่อนแรงของแขนและมือซีกตรงข้าม ถ้าเนื้องอกอยู่ใกล้บริเวณกลางของ Motor area ก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขาตรงตรงข้าม ถ้ามีเนื้องอกที่ falx บริเวณ paracentral lobule เช่น falx meningioma ก็อาจจะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง บางรายอาจมีอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออกกร่วมด้วย เนื้องอกที่อยู่ในตำแหน่งส่วนล่างของ Frontal lobe ใน Dominant hemisphere ซึ่งกับบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของกล้ามเนื้อหน้าและ Broca's area จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ค่อยได้ (Dysphasia) หรือพูดไม่ได้เลย (Aphasia) และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าร่วมด้วย เนื้องอกที่อยู่ใน white matter ซึ่งมี corticospinal fibres มารวมตัวกันจะทำให้เกิดอาการ Hemiplegia ซึ่งอาการคือจะค่อยๆอ่อนแรง และจะแผ่ไปสู่อื่นๆมากขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเกิดเนื้องอกในบริเวณ motor และ premotor จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก ซึ่งอาการชักจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ ส่วนเนื้องอกที่อยู่บริเวณ orbital surface ที่พบได้บ่อยได้แก่ olfactory groove meningioma จะทำให้เกิดอาการจมูกไม่ได้กลิ่น (anosmia) อาการไม่ได้กลิ่นอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างขึ้นกับขนาดของเนื้องอก และเนื้องอกที่โตไปทางด้านหลังอาจไปกดที่ optic nerve อาจทำให้มี primary optic atrophy ส่วน tremor เป็นอาการที่พบได้ในรายที่เนื้องอกของ frontal lobe ขนาดใหญ่และอยู่ลึก อาการสั่นนี้อาจเป็นข้างตรงข้ามหรือทั้งสองข้างก็ได้ ลักษณะการสั่นจะคล้ายกับโรค Parkinson แต่จะไม่รุนแรง ลักษณะการสั่นจะเหมือนการปั้นเม็ดยา (pill rolling movement)

2) Parietal lobe เมื่อเกิดเนื้องอกขึ้นในบริเวณสมองส่วนนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิด two point discrimination ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถแยกการกระตุ้น 2 จุดในเวลาเดียวกันได้ แสดงถึง touch และ pressure เสีย การเสียนี้จะเป็นในซีกตรงข้ามกับซีกที่มีพยาธิสภาพนอกจากนี้จะทำให้มี sensory inattention เสีย คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกถึงการกระตุ้นในซีกตรงข้ามกับพยาธิสภาพได้ เมื่อทำการกระตุ้นในตำแหน่งเดียวกันทั้งสองข้าง sensory epilepsy เป็นอาการคล้ายๆอาการชา ซ้ำๆคล้ายถูกไฟช็อต ถ้าอาการแผ่ไปสู่มotor area จะทำให้เกิดอาการชักกระตุ้นร่วมด้วย ซึ่งอาการชักอาจจะเป็นแค่เฉพาะที่ หรือเป็นทั่วไปซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้ Pseudo-athetosis คือมีเนื้องอกหรือพยาธิสภาพอยู่ในบริเวณ postcentral gyrus จะทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายส่วนที่ผิดปกติมีลักษณะ hypotonia และลีบ ทำให้เกิด ataxia ทั้งในขณะที่อยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยอยู่นิ่งๆ อาจมีการเคลื่อนไหวของแขนขาขึ้น เรียกว่า pseudo-athetosis และจะมีอาการ

sensory ataxia ร่วมด้วย นอกจากนี้เนื้องอกที่อยู่ใน parietal lobe ส่วนหลังและมีขนาดใหญ่ เข้าไปกดและทำลาย optic radiation ส่วนบน จะทำให้เกิด visual field defect คือลานสายตาเสีย

3) Occipital lobe เมื่อเกิดเนื้องอกขึ้นบริเวณสมองส่วนนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการมองไม่เห็นเพียงครึ่งซีกของแต่ละตาในด้านเดียวกัน (contralateral homonymous hemianopia) เนื่องจากมีการทำลายที่ optic radiation หรือบริเวณ calcarine fissure อาการจะเป็นทั้งแบบ complete หรือ incomplete homonymous hemianopia ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก ถ้ามีการกดที่ส่วนบนหรือส่วนล่างของ calcarine fissure ก็จะทำให้เกิด homonymous inferior หรือ superior quadrantanopia ตามลำดับ ซึ่ง homonymous hemianopia นั้นเป็นอาการที่สำคัญของเนื้องอกบริเวณ Occipital lobe นอกจากนี้ยังมีอาการ cortical blindness เป็นอาการตาบอดเนื่องจากเนื้องอกทำลาย Occipital lobe ตรงบริเวณ calcarine fissure ทั้งสองข้าง พบในผู้ป่วยที่เป็น falx meningioma ขนาดใหญ่ขยายไปทั้งสองข้างและกดลงบน calcarine fissure cortical blindness จะทำให้ผู้ป่วยตาบอดสนิททั้งสองข้าง แต่รูม่านตายังคงมีปฏิกิริยาต่อแสง, eye convergence และการเคลื่อนไหวลูกตายังคงเป็นปกติอยู่ นอกจากนี้จะทำให้เกิดอาการชัก ซึ่งจะต่างกับอาการชักบริเวณ temporal lobe คือ จะมีความรู้สึกว่าเห็นภาพที่ไม่เป็นรูปร่าง หรือมี visual hallucination ขึ้นมาทันที และมีการกลอกตาไปทางด้านตรงข้ามร่วมด้วย

4) Temporal lobe เนื้องอกที่เกิดขึ้นบริเวณสมองส่วนนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ visual field defect แบบ homonymous superior quadrantanopia ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญและเป็นอาการแสดงทางการมองเห็นที่เฉพาะสำหรับเนื้องอกในบริเวณ temporal lobe เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่มากขึ้น ขยายตัวมาทางด้านหลังจะมีการทำลาย upper fibres ของ retina จึงทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นแบบ homonymous hemianopia ซึ่งจะแตกต่างจาก homonymous hemianopia ใน occipital lobe คือ ตาหนึ่งจะเสียการมองเห็นแบบครึ่งซีก แต่อีกตาหนึ่งจะเสียเพียงเสี้ยวเดียวของการมองเห็น ส่วนใน occipital lobe มักจะเป็นแบบ complete homonymous hemianopia นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดอาการชัก เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อพยาธิสภาพอยู่ที่บริเวณส่วนใกล้กลางของ temporal lobe ผู้ป่วยจะมีอาการของ automatism โดยมีการเคลื่อนไหวแปลกๆ มีลักษณะครึ่งรู้สติ บางรายจะหยุดทำในสิ่งที่ตนกำลังทำอยู่ แล้วจ้องอยู่เฉยๆ งงงวย แต่จะไม่มีอาการชักกระตุกหรือล้มลงหมดสติ เป็นต้น อาการ hemiparesis เนื้องอกของ temporal lobe ที่มีขนาดใหญ่ และอยู่ใกล้กลางจะมีการเบียด corticospinal tract ที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหน้าซีกตรงข้าม ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าซีกตรงข้าม หรือบางรายมีการกดเบียดถึง internal capsule ก็จะทำให้มี hemiparesis ซีกตรงข้ามได้ Trigeminal &

oculomotor nerve palsy คือจะมีอาการชาหน้า และ corneal reflex เสียซีกเดียวกับเนื้องอก ในรายที่มีการกด oculomotor nerve ซึ่งอยู่ชิดกับ uncus ผู้ป่วยจะมีอาการหนังตาตก (ptosis) รูม่านตาขยายใหญ่และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ซึ่งจะเป็นในข้างเดียวกับซีกที่มีเนื้องอก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการตาโปนเนื่องจากเนื้องอกมีการขยายตัวเข้าไปในระบบอกตา หรือทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดจากลูกตาไม่ดี และมีอาการ ataxia คือ จะมีอาการล้มหรือเซไปในด้านตรงข้ามกับข้างที่มีเนื้องอก เนื่องจากมีการทำลาย temporo-ponto-cerebellar pathway

5) Thalamus และ Basal ganglia เนื้องอกที่เกิดขึ้นบริเวณสมองส่วนนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมี Hemihypesthesia หรือ Hemianesthesia คือ มีอาการรู้สึกชาในร่างกายนึ่งตรงข้ามกับเนื้องอก เป็นการสูญเสียความรู้สึกทุกชนิด เนื่องจากมีการทำลาย thalamic nuclei และ sensory fibres ทุกชนิดที่เข้ามาสู่ thalamus นอกจากนี้ยังมีอาการ Hemiplegia เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเนื้องอกของ thalamus และ basal ganglia และมักเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะต้นของโรค เนื่องจากเนื้องอกไปทำลาย corticospinal tract ที่อยู่ใน internal capsule ค่อนข้างเร็วเพราะว่าอยู่ใกล้ชิดกัน สำหรับเนื้องอกที่ basal ganglia มักจะมีอาการนำมาด้วย hemiplegia ก่อน และเป็นลักษณะ spastic hemiplegia ส่วนอาการ Homonymous hemianopia เกิดขึ้นเมื่อเนื้องอกไปกด lateral geniculate body หรือ optic radiation นอกจากนี้ยังมีอาการ upward conjugate gaze palsy เนื่องจากเนื้องอกไปกดที่ด้านบนของ midbrain ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองขึ้นข้างบนได้ และมีอาการ ataxia แต่พบได้น้อยและพบในระยะหลังของโรค

6) Hypothalamus ซึ่งควบคุมการทำงานของ Pituitary gland และควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย สมดุลของน้ำในร่างกาย การรับประทานอาหาร ความรู้สึก การหลับนอน การแสดงพฤติกรรม และระบบ ANS ของร่างกาย เมื่อมีเนื้องอกเกิดขึ้นที่ hypothalamus ก็จะทำให้การทำงานของระบบเหล่านี้ผิดปกติ เช่น มีอาการเบาจัด อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูงเกินไป ออยากอาหารน้อยลง ตื่นน้ำมากตลอดเวลาหรือไม่ตื่นน้ำเลย อ้วนมากหรือผอมมาก มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โกรธ กลัว ซึมเศร้า หรือไร้อารมณ์ (apathy) มีอาการผิดปกติทางเพศ หรือมีการเจริญทางเพศก่อนอายุ

2.4.5.3 การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Alzheimer's Disease

Cooperative Study (ADCS-Activities of Daily living Inventory) พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ทักษิณี (2545) เป็นผู้พัฒนาจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ Alzheimer's Disease Cooperative study (ADCS-Activities of Daily Living Inventory) ของ Galasko (1997) เป็นการประเมินผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการรู้คิดร่วมกัน ประกอบด้วย 23 ข้อคำถาม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ จนถึงปฏิบัติได้โดยไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ

2) The Katz Index of ADL (Katz and Stroud, 1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

3) Chula Activity of Daily Living index พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) อ้างถึงใน เพ็ญพยอม เชนสมบัติ (2547) เป็นผู้พัฒนามาจาก Barthel Activity of Daily Living ของ Barthel and Mahoney (1995) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การปรุงอาหารหรือการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือแลกเงิน การเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ เช่น รถโดยสารประจำทาง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง

4) แบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองจากแบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) โดยได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อำนวยพร อาษานอก (2549) เนื่องจากเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ที่ครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ

1) ความสามารถในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่

เกี่ยวกับงานในอาชีพ

2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน

3) ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง และมีการประเมินครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน และเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ

1.0

2.4.5.4 ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับภาวะซึมเศร้าคือ เมื่อมีเนื้องอกในสมองเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของเนื้องอก ได้แก่ ผู้ป่วยมักจะมีอาการมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียน มีปัญหาทางสายตา เช่น ตามัว , เห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็น มีปัญหาในการพูด มีปัญหาในการได้ยิน ซาตามปลายมือปลายเท้า แขนขาอ่อนแรง ทรงตัวลำบาก บุคลิกภาพหรือนิสัยเปลี่ยนไป หรือชัก ในคนที่ไม่เคยมีประวัติชักมาก่อน เป็นต้น (อำนาจพร อาชานอก , 2549) ขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอก ตำแหน่งของก้อนเนื้อ และอัตราการเจริญเติบโตของเนื้องอก รวมทั้งก้อนเนื้อไปกดเนื้อสมองที่อยู่ข้างเคียงหรือไปทำลายเส้นประสาทสมองที่อยู่ข้างเคียง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Meyers, Weitzer, Valentine and Levin, 1998) ทำให้มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประสิทธิภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจากการมีเนื้องอกในสมองมีความเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Mainio et al., 2005) และจากการศึกษาของ Rooney, Carson, and Grant (2010) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับการหน้าที่ทางร่างกายที่ลดลง

2.4.6 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

2.4.6.1 ความหมายของการรู้คิด

Hannegen (1989) ให้ความหมายของการรู้คิดว่า หมายถึง สติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความคิด ความจำ การรำลึก ความตั้งใจ การประมวลผล ความคิดเป็นตรรกะ การจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

Hickey (2003) ให้ความหมายของการรู้คิดว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นการทำงานของสมองโดยแบ่งออกเป็น 9 ส่วน คือ 1. ความสนใจ (Attention) 2. สมาธิ (Concentration) 3. ทักษะความชำนาญ (Constructional skill) 4. ความรู้สึกและการรับรู้การทำหน้าที่ (Sensory and Perception Function) 5. การใช้ภาษา (Language) 6. ความจำ (Memory) 7. การทำหน้าที่เฉพาะ (Executive Function) 8. การทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual Function) 9. อารมณ์ ความคิด ความพอใจและบุคลิกภาพ (Mood and Personality)

กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย (2548) ให้ความหมายของการรู้คิดว่า หมายถึง ปัญญา หรือ ปรีชาญาณ เป็นการทำงานของ cerebral cortex แม้โครงสร้างอื่นของสมองรวม thalamus, striatum, claustrum และ cerebellum มีส่วนร่วมในการทำงานเหล่านี้ แต่ multimodal cortex มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดกับปัญญา

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ สมาธิ ทักษะความชำนาญ ความรู้สึกและการรับรู้การทำหน้าที่ การใช้ภาษา ความจำ การทำหน้าที่เฉพาะ การทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา อารมณ์ ความคิด ความพอใจและบุคลิกภาพ

2.4.6.2 พยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมองที่ทำให้การรู้คิดบกพร่อง

พยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมองตามตำแหน่งของสมองที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องไป มีรายละเอียดดังนี้ (จเว ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพัฒน์ และธนิศ วัชรพุกก์, 2541; เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; อำนวยพร อาษานอก, 2549)

1) Frontal lobe ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณ prefrontal area หรือ frontal association area ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่มีการติดต่อกับศูนย์การได้มองเห็น และการได้ยิน และ sensory area อื่นๆ ซึ่งสมองส่วนนี้มีหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา (Higher intelligence function) ได้แก่ ความจำ การคิด พิจารณาเหตุผล ยั้งยั้งอารมณ์ จิตใจและบุคลิก เนื่องจากที่เกิดในบริเวณนี้จึงทำให้มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีความคิดอ่านเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมลง ไม่มีสมาธิในการทำงาน ผลการทำงานแย่ง และละทิ้งหน้าที่ที่เคยทำ อาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีลักษณะของ Dementia ต่อมาจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งต่างๆ ไม่รักษาความสะอาด พุดจาหายากหรืออารมณ์เสื่อง่าย ระยะต่อมาจะมีการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่รู้ตัวและไม่เป็นที่เป็นทาง มีอาการแข็งขี้ม และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น

2) Parietal lobe เนื่องจากทำลายบริเวณ postcentral gyrus จะทำให้มีการสูญเสีย sensory หรือ cortical sensation หลายอย่าง ได้แก่ Astereogenesis หรือ tactile agnosia เป็นการเสีย cortical sensation ที่พบได้บ่อยที่สุด การสูญเสียเป็นในซีกตรงข้ามกับข้างที่มีเนื้องอก ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกชื่อของวัตถุที่เคยรู้จักและใช้บ่อยๆได้ด้วยการสัมผัส เช่น ให้ผู้ป่วยหลับตา แล้ววางลูกกุกุญแจไว้ในมือผู้ป่วยข้างที่มี tactile agnosia จะไม่สามารถบอกว่าวัตถุนั้นคือลูกกุกุญแจ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่รู้ถึงขนาด น้ำหนัก รูปร่าง และองค์ประกอบของวัตถุที่ใช้ทดสอบนั้น Gerstmann's syndrome เป็นอาการที่มีเนื้องอกหรือพยาธิสภาพอื่นๆอยู่ที่ parietal lobe ส่วนหลังบริเวณ angular gyrus ใน dominant hemisphere ผู้ป่วยจะมีอาการของ finger agnosia (ไม่สามารถบอกนิ้วได้) dysgraphic (เขียนไม่ได้) dyscalculia (คิดเลขไม่ได้) และ right-left disorientation (ไม่รู้ซ้าย-ขวา) ในจำนวนอาการเหล่านี้ finger agnosia เป็นอาการสำคัญที่สุด Sensory ahasia หรือ dysphasia เป็นอาการที่เกิดจากเนื้องอกอยู่ในบริเวณส่วน postero-inferior ของ parietal lobe ซึ่งตรงกับ Wernicke's center ใน dominant hemisphere ผู้ป่วยจะมีอาการไม่เข้าใจภาษาพูด (dysphasia) ไม่เข้าใจภาษาเขียน (dysgraphia) และการแปลความหมาย รวมทั้งไม่เข้าใจด้านการอ่าน (dyslexia) และการคำนวณ (dyscalculia) ด้วย เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่การสูญเสียจะมากขึ้น ทำให้การพูดมีลักษณะที่เรียกว่า global dysphasia คือมีลักษณะการพูดที่ไม่มีสาระไม่สามารถเข้าใจได้ การติดต่อด้วยการพูดทำไม่ได้เลย Agnosia และ Apraxia อาการนี้พบได้ในรายที่มีเนื้องอกอยู่ในบริเวณ parietal lobe ส่วนหลังที่ติดกับ temporal และ occipital lobe agnosia หมายถึง การไม่สามารถเข้าใจความหมายหรือจำสิ่งของต่างๆ ที่มากระตุ้นด้วยการเห็นและการสัมผัส เนื่องจากมีความบกพร่องในศูนย์การรับ (receptive detect)

apraxia หมายถึง ความไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการจะทำ เช่น ปลดเข็มกลัดไม่ได้ ทั้ๆที่ผู้ป่วย เข้าใจ แขนและขาไม่มี motor paralysis ไม่มี sensory loss หรือ ataxia

3) Occipital lobe ในรายที่เนื้องอกบริเวณ occipital lobe มีขนาดใหญ่ ขยายไปสู่บริเวณ peristriate area หรือบริเวณ parieto-temporal lobes ใน dominant hemisphere จะทำให้เกิด alexia หรือ visual receptive aphasia ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจความหมายหรือความสำคัญของคำที่เขียน โดยที่การมองเห็นยังดีอยู่ และผู้ป่วยมักจะมีอาการ agraphia คือ ไม่สามารถแสดงความคิดออกมาด้วยการเขียนได้ ร่วมด้วย

4) Temporal lobe เนื้องอกที่เกิดขึ้นบริเวณส่วนหลังของ temporal lobe ซีก dominant hemisphere ในบริเวณใกล้หรือที่ Wernicke's center จะทำให้เกิด sensory dysphasia หรือ aphasia ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจภาษาพูด และถ้าเนื้องอกอยู่บริเวณด้านหน้าใกล้กับ Broca's area จะทำให้เกิด motor dysphasia หรือถ้าเนื้องอกใหญ่มากก็จะมี global aphasia ส่วนเนื้องอกที่อยู่ในส่วนใกล้กลางของ temporal lobe จะทำลาย hippocampus หรือเส้นทางติดต่อ ทำให้มีความจำเสื่อมในเรื่องปัจจุบัน (recent memory) เมื่อเป็นมากขึ้นอาจมีลักษณะเหมือนกับ dementia นอกจากนี้ยังมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นได้ทั้งการเห็นและการได้ยิน ประสาทหลอนทางการเห็นนั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเห็นภาพแต่จะไม่ใช่เป็นรูปร่าง เช่น เป็นแสงไฟแวบๆ ส่วนประสาทหลอนทางการได้ยินนั้น ผู้ป่วยจะบอกว่าได้ยินเสียงดังในหู เช่น เสียงดังคล้ายกระดิ่ง หรือเสียงนกหวีด เป็นต้น

5) Thalamus จะพบ Mental symptoms ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของ Thalamus คือ จะมีลักษณะง่วงนอน นอนมาก สมองทึบ ความจำเสื่อม

6) Hypothalamus เมื่อเกิดเนื้องอกขึ้นที่ Hypothalamus จะทำให้เกิดอาการผิดปกติในการนอนหลับ และความรู้สึก คือ จะง่วงหลับมาก นอนไม่หลับ ไม่มีการเคลื่อนไหวและการพูด หรืออาจไม่รู้สติ

7) Third ventricle ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกใน Third ventricle ซึ่งไปกดทำลายบริเวณ fornix, septum pallidum, hypothalamus หรือเส้นทางติดต่อเกี่ยวกับความจำ จะทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม

2.4.6.3 เครื่องมือประเมินด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ซึ่งแบบทดสอบเพื่อใช้ประเมินการทำงานด้านการรู้คิดของสมองทั่วไป (General cognitive function) มีหลายแบบได้แก่

1) Mini Mental State Exam (MMSE) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท พัฒนาโดย Folstein et al. (1975) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ความจำ และพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้งสองซีก ใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของ Cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1) สภาพด้านจิตใจ คือ การแนะนำให้ผู้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำ และการระลึกได้ คือ สมมติและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการตอบสนอง 3) ความสามารถในการเขียนแบบ มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อยประมาณ 5-10 นาที ข้อจำกัดของ MMSE คือ ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบกพร่องด้านการรับรู้ในระดับต่ำเท่านั้น (McDowell and Newell, 1996) และไม่ตอบสนองกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาและผู้ที่การรับรู้ด้านสายตาดบกพร่อง ซึ่งเครื่องมือนี้ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ทดสอบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม (dementia) ในผู้สูงอายุไทย

2) Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งพัฒนาโดย Jacobs, Bernard, Delgado, and Strain (1977) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำ ความตั้งใจ การนับตัวเลข 7 หลัก การพูดตาม การเข้าใจความหมายจากการรับรู้ และความจำระยะสั้น ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาที เป็นแบบวัดการรู้คิดในด้านต่างๆ คะแนนรวมต่ำกว่า 20 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งแบบประเมินนี้มีข้อดีคือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย

3) Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ พัฒนาโดย Kierman, Mueller, Langston, and Van Dyke (1987) โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และ

สมาธิ ซึ่งสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจความหมาย ความจำ การคำนวณ และความคิดเป็นเหตุเป็นผล ในการประเมินเพื่อคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิด ให้หลักการคือ เมื่อผู้ป่วยตอบถูกจะไม่มี การประเมินต่อ หากผู้ป่วยตอบผิดจะมีการประเมินในลำดับต่อไป นำคะแนนการรู้คิดทั้ง 5 ด้าน มาคิดคะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่า อาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ใช้เวลาในการประเมิน 10-20 นาที แบบประเมินนี้จึงไม่สามารถระบุความบกพร่องได้ แต่มีข้อดีคือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย

4) Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ของ Wilma, Rosen, and Mohs (1984) ที่ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ ในปี พ.ศ. 2544 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ Cognitive part เป็นการทดสอบ Cognitive behavior เพื่อประเมินความบกพร่องของ Cognitive function ตามความผิดปกติของส่วนของสมอง โดยประเมินด้านความจำ ภาษา ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีจำนวน 11 ข้อย่อย มีคะแนน 70 คะแนน และ Noncognitive part เป็นการประเมินความบกพร่องด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย มีคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยการประเมินความถี่และความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินการรู้คิดของ Mini Mental State Exam (MMSE) ที่ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้งสองซีก ใช้ได้ดีในการประเมินขนาด ความรุนแรงของ Cognitive function ที่บกพร่อง มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อย

2.4.6.4 ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าคือ จะเห็นได้ว่าสมองแต่ละส่วนมีหน้าที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน เมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น สมองส่วนนั้นถูกกดหรือทำลายเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด เช่น ความจำระยะสั้นหรือความจำระยะยาว ความตั้งใจหรือสมาธิลดลง การตอบสนองผิดปกติ การรับรู้ช้า ความคิดสติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจลดลง การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลง และแสดง

พฤติกรรมและอารมณ์ออกมาไม่เหมาะสม ซึ่งความบกพร่องที่พบขึ้นอยู่กับสมองส่วนไหนได้รับอันตราย อาจมีอาการแสดงในหลายรูปแบบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะแสดงในรูปแบบของความผิดปกติของความจำ ความเฉลียวฉลาด ความคิดอ่าน บุคลิกภาพ พฤติกรรม การเข้าสังคม อารมณ์ ความผิดปกติเหล่านี้มักจะเกิดรวมกันหลายๆอย่าง จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด จากการศึกษาของ Weitner (1999) พบว่าเมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น จะทำให้สมาธิลดลง การรับรู้เรื่องราวต่างๆลดลง สูญเสียความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น มีเนื้องอกบริเวณตำแหน่ง Frontal lobe จะทำให้การตัดสินใจเสียไป ความจำเสื่อม และมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองของต่อมใต้สมองที่มีภาวะ Cushing'disease การคิดรู้จะลดลงในรูปแบบของหน่วยความจำและการมีสมาธิ (Weitzner, 1999) และจากการศึกษาของ Newton and Mateo (1993) พบว่าปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต มีภาวะฟุ้งพา ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Rooney, Carson, and Grant (2010) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างเนื่องกับการพร่องด้านการคิดรู้

2.4.7 การสนับสนุนทางสังคม

2.4.7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

The Oxford English Dictionary (1989) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ ท้อถอยหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือการสนับสนุน การอุดหนุนการหนุนหลัง หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือโดยการใช้อื้อยคำ
2. การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลว หรือ ไม่สมหวังอ่อนเพลียหมดกำลัง หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต
3. บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน
4. สิ่งสนับสนุนชีวิตหรือการส่งเสริมที่จำเป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพหรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Weiss (1974 cited Brandt and Weinert, 1981) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว
2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการสังคมให้การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. การได้รับการช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร
4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
5. การได้รับโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

Brandt and Weinert (1981) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (Assistance and guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น

Ell (1994 cited in Hurdle, 2001) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก การให้คำแนะนำ เครื่องนันทา และ การประเมินค่า รวมทั้งการช่วยเหลือด้านวัตถุและการบริการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การส่งเสริมหรือสนับสนุนแก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

2.4.7.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 cited in Linsey, 1992) อ้างถึงใน อำนวยพร อาชานอก (2549) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นที่รู้จัก และยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยงดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ซึ่งใช้นั้นและ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.28 ถึง -.48 (Weinert, 1985)

2) Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.2) การสูญเสียเครือข่าย (Network Loss) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบันเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก

1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยง โดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

3) Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัว หรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้นเป็นมาตราส่วน ประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมากถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าอัลฟา .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

4) Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

5) Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) พัฒนาโดย Barrera และคณะในปี ค.ศ. 1981 ใช้ในการประเมินขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนชนิดที่เฉพาะเจาะจง ในระยะ 30 วันที่ผ่านมา มี 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือการช่วยเหลือด้านวัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ปฏิริยาความใกล้ชิดสนิทสนม การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ถ้าใช้ ISSB วัดความถี่ของปฏิริยาการสนับสนุนทางสังคมแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดตัวเลขหรือจำนวนเครือข่ายที่วัด โดย ASSIS

6) Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ

6.1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนสิ่งมีชีวิตตนหรือจับต้องได้ หรือการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ

6.2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมอันวยพร อาษานอก (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของ Brandt และ Weinert (1981) (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981) เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ เพราะผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงหลายวิธี และพบว่าค่าความตรงกับค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และเคยได้รับการใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

2.4.7.3 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า และส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม คือจะทำให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยทำให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์ของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่

(Cobb, 1976 cited in Hurdle, 2001) จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1984) อ้างถึงใน อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรคพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอได้แก่ การช่วยเหลือของกลุ่มการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วย ความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1976) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมของบุคคล สังคม ได้แก่

- 1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี รับรู้ช้า คิดซ้ำ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ
- 2) ผลกระทบทางด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เบื่อหน่าย หงุดหงิด ชุนเฉียวง่าย
- 3) ผลกระทบทางด้านความคิด ทำให้เกิดความยากลำบากในการคิด หรือตัดสินใจ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ
- 4) ผลกระทบทางด้านแรงจูงใจ จะทำให้ ขาดแรงจูงใจ หรือบางครั้งมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผลกระทบที่ตามมาคือ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง จากการศึกษาของ Mainio et al. (2006) ในผู้ป่วยทั้งหมด 75 คนที่เป็นโรคเนื้องอกในสมองชนิดปฐมภูมิ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิด glioma เกรดต่ำที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยหลังการผ่าตัดสั้นกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วย low-grade glioma อัตราการรอดชีวิตอาจสั้นลงคือ ถ้ามีภาวะซึมเศร้าค่าเฉลี่ยจะอยู่ที่ 34 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับไม่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 41 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วย High-grade glioma ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดจะมีการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 12 เดือน และมีเพียง 15% ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับ 41% ของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 20 เดือน (Gathinji et al., 2008) นอกจากนี้เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นผู้ป่วย

จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบการฆ่าตัวตายได้บ่อย ซึ่งจะพบในเกือบทุกประเภทของเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองมีการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Winkour, 1990)

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองนั้นมีความสำคัญ เพราะมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต และความคิดที่จะฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

5) ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง

6) ผลกระทบทางด้านสังคม ความสนใจในสิ่งแวดล้อมจะลดลง เกิดการแยกตัว

2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีสังเกต ได้แก่ Cronholm-Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin Depression Scale, Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDES) ส่วนแบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และ Geriatric Depression Scale (GDS) ซึ่งแบบประเมินที่นำมาใช้บ่อยได้แก่ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

1) Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพื่อวัดอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และได้ปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1987 มีทั้งหมด 21 ข้อคำถาม เป็นคำถามทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0-9 แสดงว่า ไม่มีภาวะ

ซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16-19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือให้ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย

3) Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

4) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ฮามิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อยๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนน แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความเชี่ยวชาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญานในผู้สูงอายุได้

5) Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดยเยซาเวท (Yesavage) ในปี ค.ศ. 1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวัง ด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ต่อมาในภายหลัง ปี ค.ศ. 1989 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ และนำไปใช้ในหลายประเทศ ในประเทศไทย อรวรรณ ลิ้มทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะแบบวัดเป็นการตอบแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องของความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และอีก 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านลบ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) เนื่องจากใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เป็นการวัดในแง่กลุ่มอาการ ไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค และข้อคำถามมีจำนวนไม่มากเกินไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่า เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และมีการปรับตัวไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น และมีปัญหาต่างๆน้อยลง โดยนำแนวทางในการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของ มาโนชัย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

- 1.1 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการรับรู้และปรับตัวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับ
- 1.2 ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยอาจจะถามผู้ป่วยว่า คิดว่าตนป่วยเป็นอะไร เป็นมากน้อยเพียงใด
- 1.3 ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยสังเกตจากการพูดคุย และปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ
- 1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยตามที่ประเมินว่าเหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และพร้อมที่จะให้ข้อมูลมากขึ้นหากผู้ป่วยต้องการ เช่น ถามย้ำว่าผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เราบอกอย่างไร และอยากรู้อะไรเพิ่มเติมจากนั้นหรือไม่ โดยพยายามให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะไม่เป็นผลเสีย
- 1.5 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา และการรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. การช่วยเหลือด้านจิตใจ

- 2.1 เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาทางจิตใจและอารมณ์ในการปรับตัวของผู้ป่วย ที่อาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น การปฏิเสธความจริง ไม่รวมมือในการรักษา ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆออกมาได้อย่างเต็มที่ และให้การตอบสนองและการช่วยเหลือตามที่เหมาะสม เช่น ให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล
- 2.2 ถามถึงความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และพูดถึงปัญหาหรือสิ่งที่เขารู้สึกไม่สบายใจ เพื่อจะได้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและร่วมกันหาทางแก้ไขต่อไป ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่พูดถึงปัญหาต่างๆออกมาเอง พยาบาลจึงควรเป็นคนเริ่มต้นถามเพื่อหาปัญหาของผู้ป่วย

2.3 ให้กำลังใจและการประคับประคองอารมณ์ โดยให้ความสนใจ แสดงความห่วงใย และให้ความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด รับฟังปัญหาและแสดงความเข้าใจ

2.4 เพิ่มความสามารถในการปรับตัว โดยส่งเสริมทักษะในการปรับตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้ว และเป็นผลดี รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการปรับตัวที่จะเป็นประโยชน์ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

2.5 เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองยังสามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตได้ โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการรักษา และการดูแลตนเองให้มากที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ ตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการงาน สังคม ชีวิตส่วนตัว เพศสัมพันธ์ เป็นต้น

3. การช่วยลดปัญหาในด้านต่างๆ ที่ต้องเผชิญ

3.1 จัดสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ให้มีบรรยากาศที่สงบ มีความเป็นส่วนตัว มีคนใกล้ชิดคอยดูแล หรือเยี่ยมได้สม่ำเสมอ มีความสะอาด และมีบรรยากาศสดชื่น

3.2 หากผู้ป่วยไม่สุขสบาย โดยเฉพาะมีอาการเจ็บปวด ควรให้การดูแลและควบคุมอาการให้แก่ผู้ป่วย และพยายามหลีกเลี่ยงการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บหากไม่จำเป็น

3.3 ให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาด้านเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ส่งปรึกษาแผนกสังคมสงเคราะห์

3.4 สร้างบรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ

3.5 ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมาก อาจให้ฝึกวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) การสะกดจิตตนเอง (Self-hypnosis) หรือการฝึกสมาธิ เป็นต้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกในสมอง ยังไม่มีผู้ศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ ดังนี้

Pringle, Talor, and Whittle (1999) ศึกษาระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองก่อนและหลังการผ่าตัด และเพื่อตรวจสอบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับตำแหน่งของเนื้องอกในสมอง ชนิดของเนื้องอก หรือเพศของ

ผู้ป่วย ผลพบว่าตามเกณฑ์การให้คะแนนของ HAD ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีเนื้องอกในสมองซีกซ้าย มีระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นใน และมีการรบกวนทางอารมณ์ในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เป็นโรค meningioma จะมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดอื่น ๆ และระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะลดลงภายหลังจากได้รับการผ่าตัดเนื้องอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, and Goldman (2002) ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยใช้เกณฑ์ DSM - IV พบว่า 28% ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 89) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ปัจจัยทำนายที่สำคัญประกอบด้วย การมีเนื้องอกที่สมองส่วนหน้า การเกิดร่วมกันของอาการโศกเศร้าและการขาดแรงจูงใจ และครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช

Litofsky, Farace, Anderson, Meyers, Huang, and Laws (2004) ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย glioma ที่มีเกรดสูงที่เข้ารับการผ่าตัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 15% และมีอาการคล้ายกับภาวะซึมเศร้า 93% อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจากการรายงานผลด้วยตนเองมีความใกล้เคียงกันในช่วงเวลาหลังจากการผ่าตัดที่ 3 - 6 เดือน ในขณะที่แพทย์มีการรายงานภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 15% เป็น 22% ในช่วงเวลาหลังจากการผ่าตัดที่ 3 - 6 เดือน ความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ภาวะซึมเศร้าของแพทย์และการรักษาโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำในระยะแรก (33%) และเพิ่มขึ้นที่ 3 และ 6 เดือน (51 และ 60% ตามลำดับ) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศวาระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่จะสั้นกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า

Mainio, Hakko, Timonen, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองชนิดปฐมภูมิ พบว่าผู้ป่วยโรค glioma ที่มีเกรดสูง จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 22.5 เดือน ส่วนผู้ป่วย glioma ที่มีเกรดต่ำจะอยู่ที่ 50.2 เดือน และ 58.2 เดือนในผู้ป่วยโรคเนื้องอกไม่ร้ายแรงชนิด ในผู้ป่วยโรค glioma ที่มีเกรดต่ำที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรอดชีวิตสั้นกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความซึมเศร้า แต่ไม่พบความแตกต่างในผู้ป่วยโรค gliomas ที่มีเกรดสูงกับโรคเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง การผ่าตัดพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตมากกว่าในผู้ป่วยโรค gliomas ที่มีเกรดต่ำและเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง แต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรค gliomas ที่มีเกรดสูง

Mainio et al. (2006) ศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด gliomas เกรดต่ำในปี ค.ศ.1990 – 2003 เกี่ยวกับการทำนายอัตราการรอดชีวิตจากคุณภาพชีวิตที่ลดลงกับภาวะ ซึมเศร้า พบว่าจากการติดตามผู้ป่วย gliomas เกรดต่ำที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอัตราการรอดชีวิตที่สั้นลงคือ 3.3-5.8 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 10.0 – 11.7 ปี และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำจะมีอัตราการรอดชีวิตสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ

Mainio, Hakko, Asko, Koivukangas, and Pirkko (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปลุมนุมิระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย และเพื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ด้านร่างกายระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย การทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย ภาวะซึมเศร้าภายหลังผ่าตัด 1 ปีระหว่างเพศหญิงกับเพศชายไม่แตกต่างกัน คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกในสมองชนิด benign แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma

Gathinji et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดกับอัตราการรอดชีวิตภายหลังจากการผ่าตัดของมะเร็งสมองชนิด astrocytoma พบว่าภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ลดลง และพบว่าอัตราการรอดชีวิตระหว่างการมีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันคือ มีภาวะซึมเศร้าอัตราการรอดชีวิตจะอยู่ที่ 12 เดือน และ ไม่มีภาวะซึมเศร้าอัตราการรอดชีวิตจะอยู่ที่ 20 เดือนภายหลังการผ่าตัด

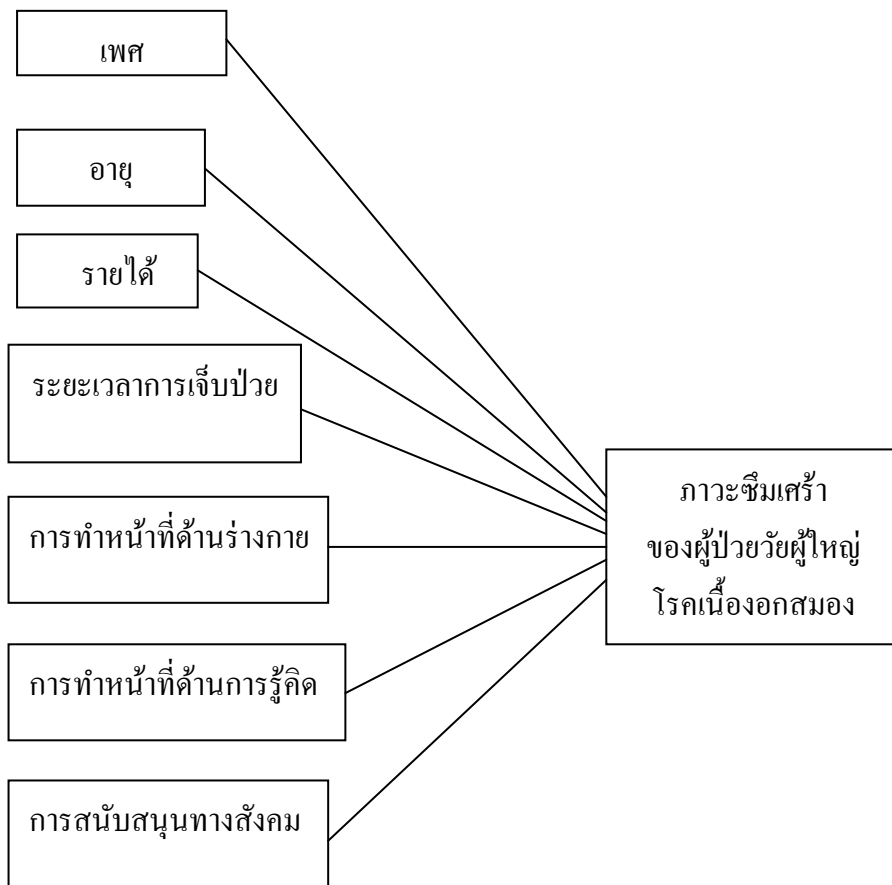
Litofsky and Resnick (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับเนื้องอกในสมอง ผลการศึกษาพบว่า การวินิจฉัย การรักษาเนื้องอกในสมองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจากการมีเนื้องอกในสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การเกิดเนื้องอกในสมองเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด high grad glioma มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าชนิดอื่นๆ

Rooney, Carson, and Grant (2010) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Glioma เป็นการศึกษาแบบ Systematic Review จากงานวิจัยแบบสังเกตการณ์ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Glioma จะมีขนาดเล็ก และเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) หรือแบบย้อนหลัง การวัดอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะใช้แบบวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล(HADS) ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ของ Beck มักนำมาใช้ในการคัดกรองความถี่ และการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้ามากกว่า จาก การสัมภาษณ์ทางคลินิกพบว่าค่าเฉลี่ยของความถี่ในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย glioma คือ 15% อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับการหน้าที่ทางด้านร่างกายที่ลดลง การพร่อง ด้านการคิดรู้ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง และอาจจะมีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่ลดลงด้วย แต่ หลักฐานที่แสดงถึงความสัมพันธ์นี้จะมีไม่มาก และความสัมพันธ์ไม่ชัดเจนระหว่างภาวะซึมเศร้า กับตัวแปรจำนวนมากที่มีความสัมพันธ์กับเนื้องอก การวิเคราะห์ตัวแปรหลายๆตัวและการศึกษา ที่มีการรายงานคุณภาพตัวแปรยังมีน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกในสมองมีภาวะซึมเศร้า แต่ปัจจัยที่ทำให้ เกิดภาวะซึมเศรานั้นเกิดได้แตกต่างกัน และระยะเวลาที่เกิดภาวะซึมเศราก็แตกต่างกันด้วย ขึ้นอยู่ กับการศึกษาว่าทำในเนื้องอกสมองชนิดใด และเก็บข้อมูลในระยะเวลาใด แต่จากการศึกษาส่วน ใหญ่พบว่าภายหลังจากการเกิดภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จะมีอัตราการรอดชีวิตที่สั้นลง ดังนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพื่อ ช่วยลดและ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และช่วยให้ระยะเวลาในการรอดชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นด้วย

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคิดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านกรูคิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษากเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษากเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมา 2 โรงพยาบาล โดยมีวิธีการดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .01 ระดับอำนาจทดสอบที่ 99% โดยใช้ค่า r จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2005) พบว่ามีค่า $r = 0.545$ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน

และป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการผิดพลาดของการเก็บข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2547) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ $81+24 = 105$ คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 สุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศลเอกชน สุ่มสังกัดโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random

Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่มา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด ได้แก่ องค์การการกุศลเอกชน และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.2 เนื่องจากองค์การการกุศลเอกชน มี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มี 1 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลตำรวจ จึงไม่ต้องการสุ่ม

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท

3.2 อายุระหว่าง 20-59 ปี

3.3 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.4 อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

4.1 มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

4.2 มีอาการจากโรคเนื้องอก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ในขณะที่ติดต่อขอข้อมูล (ไม่พบขณะเก็บข้อมูล)

5. ทำการสุ่มโดยการจัดลำดับการมารับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล และจากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับการตรวจ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้หน่วยประชากรในแต่ละวัน เก็บข้อมูลจากการสุ่มให้ได้จำนวนร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีในแต่ละวันโดย

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลาประมาณ 07.30-12.00 น. โดยสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ วันพุธและศุกร์ เวลาประมาณ 07.30-12.00 น. โดยสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ส่วน มีดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ รายได้ ของผู้ป่วย โดยลักษณะแบบประเมินด้านอายุ เป็นคำถามปลายเปิด ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ เป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก ส่วนรายได้เป็นคำถามปลายเปิด โดยรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนถือว่ามีรายได้น้อย รายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปถือว่ามีรายได้

1.2) แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีลักษณะให้เติมค่าลงในช่องว่างและแบบคำถามปลายปิด ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก), ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง, Glasgow coma scale E.....M.....V..... Motor power..... ระยะเวลาของการเจ็บป่วย, เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้, สิทธิในการรักษา

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) ซึ่งแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยอำนวยการ อาษานอก (2549) ซึ่งใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมใน 3 ด้านดังนี้

2.1) ความสามารถในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานในอาชีพ

2.2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน

2.3) ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คือ คะแนนที่มากแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี และคะแนนที่น้อยแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี

เกณฑ์คะแนนระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	ระดับคะแนน
1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ	80-100
2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัว เกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน	50-70
3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว	0-40

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน

นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1995) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามศัพท์หรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2547)

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรการคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายเท่ากับ 1.0

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งได้มาจากแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท Mini Mental State Exam (MMSE) พัฒนาโดย Folstein et al. (1975) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ความจำ และพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้งสองซีก ซึ่งได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1. สภาพด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต แบบประเมินในส่วนนี้ คือ การแนะนำให้ผู้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2. ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการตอบสนอง 3. ความสามารถในการเลียนแบบ มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ข้อจำกัดของ MMSE คือ ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบกพร่องด้านการรับรู้ในระดับต่ำเท่านั้น (McDowell and Newell, 1996) และไม่ตอบสนองในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาและผู้ที่มีการรับรู้ด้านสายตาบกพร่อง

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาศาสตร์ ซึ่งมีความรู้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษแต่ไม่คุ้นเคยกับแบบทดสอบ MMSE ฉบับดั้งเดิมมาก่อน โดยนำแบบทดสอบ MMSE ฉบับดั้งเดิม (Folstein, 1975) มาวิเคราะห์เนื้อหาและความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วแปลเป็นภาษาไทย ปรับคำถามให้เป็นสำนวนภาษาไทยที่เหมาะสมและสื่อความหมายทางภาษาได้ทุกท้องถิ่นของประเทศไทย นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 50 เพื่อทดสอบความเข้าใจแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขครั้ง และทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่ส่งสัยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดบกพร่อง (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

เนื่องจากเกณฑ์ของผู้ที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติคือ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ คือระดับการศึกษาต้องจบชั้นประถมขึ้นไป ดังนั้นจุดตัด (cut-off point) ที่สงสัยว่ามีการทำหน้าที่ด้านการคิดบกพร่องของผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จึงอยู่ที่ 17 คะแนน คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ถือว่ามีการรู้คิดบกพร่อง ส่วนผู้ที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษาจุดตัด (cut-off point) จะอยู่ที่ 22 คะแนน คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 ถือว่ามีการรู้คิดบกพร่อง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทจำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥ 0.80 (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเท่ากับ 0.91 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในบางข้อ คือ ข้อ 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ก็เป็น ตอนนี้เป็นเวลาเช้า-กลางวัน-เย็น, ข้อ 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร ก็เป็น ตอนนี้อยู่ที่ไหน, ข้อ 4.1 คิดเลขในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ก็เป็น คิดเลขในใจเอา 20 ตั้ง ลบออกทีละ 3

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคเนื้องอกสมอง ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .70 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้มาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยง โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .80 โดยมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร/ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถาม
ไม่เห็นด้วยมาก	1
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2
ไม่เห็นด้วยน้อย	3
เห็นด้วยน้อย	4
เห็นด้วยปานกลาง	5
เห็นด้วยมาก	6

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1- 6 คะแนน ตามหลักเกณฑ์ของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 1-108 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥ 0.80 (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.0 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในบางข้อคือ ข้อ 4 มีคนที่ร่วมงานสังคมและงานสังสรรค์ต่าง ๆ กับคุณ แก่เป็น คุณมีใครคอยให้กำลังใจและสนับสนุน , ข้อ 11 ถ้าคุณเจ็บป่วยจะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้แก่คุณได้ แก่เป็น คุณมีใครคอยช่วยเหลือถ้าคุณประสบปัญหาทางการเงิน ข้อ 12 คุณชอบทำสิ่งเล็กๆน้อยๆ เป็นพิเศษเพื่อช่วยคนอื่นที่มีความพึงพอใจ, แก่เป็น คุณมีใครให้ข้อมูลและตอบคำถามในสิ่งที่คุณต้องการอยากรู้ทุกเรื่อง, ข้อ 13 คุณชอบที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น แก่เป็น คุณรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น, ข้อ 18 คุณเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว แก่เป็น เมื่อมีปัญหาในครอบครัวทุกคนรับฟังความคิดเห็นของคุณ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .89 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) เนื่องจากใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน และนำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มาใช้ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆคือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรฐานวัดเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนทั้งหมด 60 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1 วัน/สัปดาห์)
1	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวกคือ ข้อ 4,8,12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้ามดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1 วัน/สัปดาห์)
2	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความรู้ที่เพียงพอ ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน ถือว่าไม่มีความรู้ที่เพียงพอ (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอีกครั้ง จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥ 0.80 (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.0 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ คือ ข้อ 3 ท่านรู้สึกว่ายังคงมีอาการซึมเศร้า แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ ก็เป็น ท่านรู้สึกซึมเศร้า, ข้อ 16 ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน ก็เป็น ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย, ข้อ 19 ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ชอบท่าน ก็เป็น ท่านรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบท่าน

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาล ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .87 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งแจกแบบประเมินโดย

ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลา 07.30-12.00 น.

โรงพยาบาลตำรวจ วันพุธกับศุกร์ เวลา 07.30-12.00 น.

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดย

3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากแฟ้มประวัติในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วันเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

3.2 สืบค้นแฟ้มประวัติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

3.3 แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พัทธ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง ข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมิน แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้วซึ่งพบ 5 รายคือ ผู้ป่วยได้รับการเรียกเข้าไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา จึงให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากการตรวจเสร็จ

7. ในขณะที่เก็บข้อมูล มีผู้ป่วย 1 ราย ร้องให้ ขณะทำแบบประเมิน จึงให้ผู้ป่วยพักจากการทำแบบประเมินก่อน จากนั้นสอบถามสาเหตุของการร้องให้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ดูแลพูดคุยให้กำลังใจ จนผู้ป่วยดีขึ้น แล้วจึงขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์โดยไม่ได้มีการบังคับ ซึ่งผู้ป่วยก็ยินยอมตอบแบบประเมินจนเสร็จสมบูรณ์

8. เมื่อได้รับแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

10. ดำเนินการตามข้อ 3- 9 จนได้กลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละวันจำนวนร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ทั้งหมด และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด คือ 105 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลตำรวจ และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ผู้วิจัย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสมองของแพทย์ และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองด้าน อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

5. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองด้าน เพศ การทำหน้าทีด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 105 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ดังแสดงผลในตาราง ที่ 1-2

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยจำแนกตาม อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-9

ตอนที่ 4 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองโดยจำแนกตามเพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งแยกออกเป็นระดับประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งแยกออกเป็นระดับประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-13

ตอนที่ 5 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ดังแสดงผลในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ และรายได้ (n = 105)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	70	66.70
	ชาย	35	33.30
อายุ (ปี)	50-59	43	41.00
	40-49	30	28.60
	30-39	17	16.20
	20-29	15	14.30
สถานภาพสมรส	คู่	73	69.50
	โสด	26	24.80
	หย่า	3	2.90
	หม้าย	2	1.90
	แยก	1	1.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	41	39.00
	ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	35	33.30
	มัธยมศึกษา	16	15.20
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	13	12.40
สถานภาพในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัว	76	72.40
	หัวหน้าครอบครัว	29	27.60
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	17	16.20
	พนักงานบริษัท	17	16.20
	รับราชการ	16	15.20
	รับจ้างทั่วไป	13	12.40
	ค้าขาย	11	10.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	13	12.40
	เกษตรกร	9	8.60
	แม่บ้าน	8	7.60
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	1.00
รายได้ผู้ป่วยต่อเดือน	ต่ำกว่า 5,000	12	15.20
	5,001-10,000	18	22.80
	10,001-15,000	8	10.10
	15,001-20,000	11	13.90
	มากกว่า 20,000	30	38.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	ต่ำกว่า 5,000	12	11.40
	5,001-10,000	19	18.10
	10,001-15,000	10	9.50
	15,001-20,000	10	9.50
	มากกว่า 20,000	54	51.40

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกจำแนกตามชนิดของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และสิทธิ์การรักษา (n = 105)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของเนื้องอก		
Primary brain tumor		
meningioma	38	36.10
neurilemmoma	11	10.45
glioma	8	7.60
missellaneous	4	3.80
pituitary	3	2.85
craniopharyngioma	3	2.85
germ cell tumor	2	1.90
chordoma	1	0.95
medulloblastoma	1	0.95
Secondary brain tumor		
Mestastasis	22	20.90
ยังไม่ทราบชนิดของเนื้องอก	12	11.40
ตำแหน่งของเนื้องอก		
Supratentorial	81	76.95
Infratentorial	24	23.05
ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ปี)		
น้อยกว่า 1 เดือน	24	22.90
1 – 3 เดือน	49	46.70
3 – 6 เดือน	14	13.30
6 เดือน – 1 ปี	8	7.60
มากกว่า 1 ปี	10	9.50

ตารางที่ 2 ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
หลังผ่าตัด	66	62.90
ก่อนผ่าตัด	39	37.10
สิทธิการรักษา		
30 บาท	48	45.70
เงินเชื่อ	30	28.60
ประกันสังคม	16	15.20
เงินสด	11	10.50

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n = 105)

ผู้ป่วย	N	ร้อยละ	Min	Max	Mean	SD
มีภาวะซึมเศร้า	52	49.50	16	50	22.94	7.18
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	53	50.50	0	15	9.38	3.92

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจำนวน 105 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.18) โดยค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 50 คะแนน และค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 16 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 9.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.92) โดยค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยจำแนกตาม อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 105 คน

ข้อมูล	\bar{X}	SD	Min	Max	Range
อายุ(ปี)	44.35	10.55	20	59	39
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน(บาท)	25,893.67	30,160.16	1,000	200,000	199,000
ระยะเวลาการเจ็บป่วย(วัน)	284.89	953.01	1	7,300	7,299
การสนับสนุนทางสังคม	97.29	8.56	72	108	36

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.55) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 20 ปี อายุมากที่สุดคือ 59 ปี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 25,893.67 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 30,160.16) โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยที่สุดคือ 1,000 บาท มากที่สุดคือ 200,000 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 284.89 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 953.01) โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือ 1 วัน มากที่สุดคือ 7,300 วัน และมีคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 97.29 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.56) โดยมีคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดเท่ากับ 72 คะแนน คะแนน มากที่สุดเท่ากับ 108 คะแนน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20-29	9	8.60	6	5.70
30-39	5	4.80	12	11.40
40-49	12	11.40	18	17.10
50-59	26	24.80	17	16.20
รวม	52	49.50	53	50.50

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.80 รองลงมาได้แก่ อายุ 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 11.40 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.10 รองลงมาได้แก่ อายุ 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 16.20

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามรายได้

รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือน(บาท)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5000	9	8.56	3	2.90
5001-10,000	16	15.23	3	2.90
10,001-15,000	8	7.62	2	1.90
15,001-20,000	6	5.71	4	3.80
มากกว่า 20,000	13	12.38	41	39.00
รวม	52	49.50	53	50.50

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15.23 รองลงมาได้แก่ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วงมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 12.38 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วงมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 39.00 รองลงมาคือ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 3.80

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ปี)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 เดือน	11	10.50	13	12.40
1-3 เดือน	25	23.80	24	22.85
3-6 เดือน	5	4.75	9	8.55
6 เดือน - 1 ปี	5	4.75	3	2.90
มากกว่า 1 ปี	6	5.70	4	3.80
รวม	52	49.50	53	50.50

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ที่ 1 – 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.80 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 10.50 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ที่ 1 – 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 22.85 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 12.40

ตารางที่ 8 คะแนนการสนับสนุนทางสังคม จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 105)

การสนับสนุนทางสังคม	N	ร้อยละ	Min	Max	Mean	SD
มีภาวะซึมเศร้า	52	49.50	74	107	94.06	8.94
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	53	50.50	72	108	100.45	6.88

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 94.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.94) โดยมีค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 107 คะแนน และค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 74 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 100.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.88) โดยมีค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 108 คะแนน และค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 72 คะแนน

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 105 คน

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (rpb)	P-value
อายุ	-.010	.921
รายได้	-.265*	.018
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.092	.349
การสนับสนุนทางสังคม	-.375**	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 9 พบว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (rpb) เท่ากับ -.265 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -.375 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตอนที่ 4 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองโดยจำแนกตามเพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งแยกออกเป็นระดับประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งแยกออกเป็นระดับประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-13

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square)

	เพศ		ภาวะซึมเศร้า				ค่า Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชาย	35	33.30	16	45.71	19	54.29	$\chi^2 = .305$.581
หญิง	70	66.70	36	51.43	34	48.57	C = .054	
รวม	105	100.00	52	49.50	53	50.50		

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซีมเศร้า และไม่มีภาวะซีมเศร้า จำนวน 105 คน จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square)

ระดับ	การทำหน้าที่ด้านร่างกาย		ภาวะซีมเศร้า		ค่า Chi-square ค่า contingency P-value		
	จำนวน	ร้อยละ	มีภาวะซีมเศร้า จำนวน	ร้อยละ	ไม่มีภาวะซีมเศร้า จำนวน	ร้อยละ	
KPS = 10-40	2	1.90	2	100.00	0	0.00	$\chi^2 = 2.082$
KPS = 50-70	4	3.80	2	50.00	2	50.00	C = .139
KPS = 80-100	99	94.30	48	48.48	51	51.52	P-value = .353
รวม	105	100.00	52	49.50	53	50.50	

จากตารางที่ 11 พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นประถมศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square)

ระดับประถมศึกษา

ระดับ	การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด		ภาวะซึมเศร้า		ค่าChi-square P-value ค่าcontingency		
	จำนวน	ร้อยละ	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่บกพร่อง	40	38.10	24	60.00	16	40.00	$\chi^2 = 1.447$.229 C = .185
บกพร่อง	1	0.95	0	0.00	1	100.00	
รวม	41	39.05	24	22.86	17	16.19	

จากตารางที่ 12 พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นสูงกว่าประถมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square)

ระดับสูงกว่าประถมศึกษา

ระดับ	การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด		ภาวะซึมเศร้า		ค่า Chi-square P-value ค่า contingency		
	จำนวน	ร้อยละ	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่บกพร่อง	63	60.00	28	44.44	35	55.55	$\chi^2 = .790$ C = .110
บกพร่อง	1	0.95	0	0.00	1	100.00	
รวม	64	60.95	28	26.67	36	34.28	

จากตารางที่ 13 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่จบชั้นสูงกว่าประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตอนที่ 5 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	P-value
เพศ	$\chi^2 = .305$.581
อายุ	$r_{pb} = -.010$.921
รายได้	$r_{pb} = -.265^*$.018
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	$r_{pb} = .092$.349
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	$\chi^2 = 2.082$.353
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด		
ระดับประถมศึกษา	$\chi^2 = 1.447$.229
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	$\chi^2 = .790$.374
การสนับสนุนทางสังคม	$r_{pb} = -.375^{**}$.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียลเท่ากับ $-.265$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรค
เนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล
เท่ากับ $-.375$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ
กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ส่วนเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการ
รู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง อายุ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และระยะเวลาการ
เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis โดยใช้โปรแกรม PASS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .01 ระดับอำนาจทดสอบ 99% โดยใช้ค่า r จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมมาจากการวิจัยของ Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2005) พบว่ามีค่า $r = 0.545$ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 81 คน

และป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการผิดพลาดของการเก็บข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล, 2547) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ $81 + 24 = 105$ คน

2. สุ่มเลือกสังกัดต่างๆของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัดได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศลเอกชน สุ่มสังกัดมา 2 ใน 6 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เนื่องจากจับฉลากได้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และองค์การการกุศลเอกชน ซึ่งมีสังกัดละ 1 โรงพยาบาล จึงไม่ต้องทำการสุ่มโรงพยาบาลในสังกัด

จากการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 70 คน และโรงพยาบาลตำรวจ

35 คน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2555 และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท

2. อายุระหว่าง 20-59 ปี

3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

2. มีอาการจากโรคเนื้องอก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ในขณะติดต่อขอข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล & ข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .72, .90, และ .84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ รายได้ ชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษา ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองด้าน อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

5. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองด้าน เพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.50) ระดับการศึกษาจบชั้นสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 61.00) มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทและไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 16.20 เท่ากัน) รายได้ผู้ป่วยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 38.0) อายุเฉลี่ย 44.35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.55) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 25,893.67 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 30160.16) และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 284.89 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 953.01)

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ส่วนมากเป็นเนื้องอกสมองชนิด meningioma จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 36.19 รองลงมาคือ neurilemmoma จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.45 ตำแหน่งของเนื้องอกสมองส่วนมากอยู่ที่ supratentorial จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 76.95 รองลงมาคือ infratentorial จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 การรักษาที่ได้รับ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 รองลงมาคือ เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 37.10 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ใช้เป็นสิทธิ 30 บาท จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 45.70 รองลงมาคือ สิทธิเงินเชื่อ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองจำนวน 105 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.18) ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 9.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.92) และภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.91) แสดงว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองโดยเฉลี่ยแล้วมีภาวะซึมเศร้า

4. รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล (rpb) เท่ากับ -.265 และ -.375 ตามลำดับ

5. เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.91) และจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.50 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาของ Rooney, Carson, and Grant (2010) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma พบว่าค่าเฉลี่ยของความถี่ในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย glioma คือ 15% และจากการศึกษาของ Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, and Goldman (2002) ศึกษาเกี่ยวกับการภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงในผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยใช้เกณฑ์ DSM - IV พบว่า 28% ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89) มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุของความแตกต่างกันของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เนื่องจากการมีความแตกต่างกันของปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ชนิดของเนื้องอกสมอง จากศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเนื้องอกสมองชนิด meningioma จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 36.10 ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่ศึกษาใน

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioma (Rooney, Carson, and Grant, 2010) และผู้ป่วยเนื้องอกในสมองชนิดปลุ้มภูมิ (Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, and Goldman, 2002)

2. เพศ จากศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่ศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ในจำนวนของเพศที่ใกล้เคียงกัน และจากการศึกษาของ Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2006) พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย จึงทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าต่างประเทศ

3. การรักษาที่ได้รับ จากศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Litofsky and Resnick (2009) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากการใช้สเตียรอยด์ภายหลังการผ่าตัด 6 เดือน และ Litofsky et al. (2004) พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 598 คน ในช่วงหลังการผ่าตัดในช่วงแรกๆ แพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 15% และมีอาการที่สอดคล้องกับภาวะซึมเศร้า 93% อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินผลด้วยตนเองของผู้ป่วยยังคงใกล้เคียงกันจากการติดตามผลที่ 3-6 เดือน ในขณะที่แพทย์มีการรายงานภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 15% เป็น 22% ในช่วงเวลาหลังจากการผ่าตัด 3 - 6 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Litofsky and Resnick (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ในช่วงที่มีตัดชิ้นเนื้อไปตรวจก่อนที่จะมีการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจริง และภาวะซึมเศร้ามักจะพบในผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อนทำผ่าตัด จึงทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, Rasanen (2006) ที่พบว่า จาก การติดตามภาวะ ซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากผู้ป่วยเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.159$) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเพศชายที่วัดระหว่างก่อนการผ่าตัด และภายหลัง 1 ปีหลังจากการผ่าตัด มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.047$) ส่วน ในผู้ป่วยเพศหญิงพบว่าในการวัดภายหลังการผ่าตัดจาก 3 เดือนถึง 1 ปี ภาวะซึมเศร้ามีการ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.008$) ในการวัดระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3 เดือน ($P = 0.046$) และภายหลังจากที่มีการควบคุมอายุและเพศของผู้ป่วย มีการ เพิ่มขึ้นของอาการ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัย ผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอก สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อายุมี ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 41.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) ที่บอกว่า ผู้ป่วยที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย น่าจะเป็นกลุ่มที่ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านการงานลดลง และบางส่วนอาจไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ทำให้ไม่เกิดความเครียด หรือความ ทุกข์ทรมานจากการประกอบอาชีพ อีกทั้งผู้ที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ และผู้ที่มีอายุในช่วงนี้จะยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ที่จะยอมรับ สภาพการเจ็บป่วยของตนเองได้น้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stem และคณะ (1977) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 46 ปี ($P < 0.02$) จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรค

เนื่องออกมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.265 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนในระดับสูงคือ ส่วนมากมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 38.0) จากการทบทวนวรรณกรรม มลฤดี บุราณ (2548) ได้กล่าวไว้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่บุตรหลานจะต้องอุปการะเลี้ยงดูผู้มีพระคุณเมื่ออายุมากขึ้น จึงได้รับค่าใช้จ่ายจากบุตรหลาน ร่วมกับการได้รับ การเกื้อหนุนด้านสิ่งของต่างจากครอบครัว ประกอบกับผู้ป่วยใช้จ่ายเฉพาะที่จำเป็น จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ หรืออาศัยอยู่กับคู่ครองร้อยละ 69.50 ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างจึงมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระดับสูง ซึ่งรายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุขในชีวิต (มลฤดี บุราณ, 2548) Mendes de Leon et al. (1994) ศึกษาพบว่า ปัญหารายได้และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น ดังนั้นรายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนมากอยู่ที่ 1 – 3 เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 คือ ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองแล้ว มักจะได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน และภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีอาการดีขึ้น หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีภาวะซึมเศร้ามลดลง แม้ว่าจะต้องได้รับการรักษาต่อในโรงพยาบาลก็ตาม และภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยในรายที่เนื้องอกไม่ได้เป็นชนิดร้ายแรง จะมีอาการหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ (โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์, 2553) ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ้วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 62.90 ส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองจำนวน 105 คน พบว่ามีค่า KPS = 80-100 จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 94.30 ซึ่งจากการศึกษาของ อำนวยพร อาชานอก (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ร้อยละ 61.5 มีค่า KPS = 80-100 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ และทำงานได้คือสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Giovagnoli (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีระดับ KPS = 60-100 จำนวน 73% สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ดังนั้นการทำหน้าที่ด้านร่างกายจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านความรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านความรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การทำหน้าที่ด้านความรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเท่ากับ 26.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.98) แสดงว่ากลุ่ม

ตัวอย่างของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองส่วนใหญ่ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่พบว่า ระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดสามารถกลับไปปฏิบัติงานเดิมได้ มีแบบแผนในการดำรงชีวิตตามปกติ มีภาวะพึ่งพาน้อย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเอง และยอมรับในสมรรถภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.7 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ $-.375$ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้านโดย ด้านความรักใคร่ผูกพัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.71 (ตารางเสริมที่ 1) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำนวยการ อาษานอก (2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ $.375$ ซึ่งสอดคล้องกับ Newton and Mateo (1994) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรค พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และจากการศึกษาของ Frasure-Smith (2002) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่อไปนี้คือ

1.1.1 พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ควรวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ หรือจิตแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทันที หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

1.1.2 พยาบาลควรประเมินเครือข่ายทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพ แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวด้วยกันที่เป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ครอบครัว

1.1.3 พยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ สนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาที่ได้รับและการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

1.1.4 เสนอจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะในการติดตามดูแลตัวอย่างเช่น โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำและร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการบริหาร พยาบาลควรจะนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคลากรเพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือจัดให้มีการสัมมนาเชิงวิชาการแก่บุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนารูปแบบการบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

1.3 ด้านการศึกษา ควรจัดให้พยาบาลได้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว ในระยะพักฟื้นทั้งหมดอยู่โรงพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพและ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับนักศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาวิชาที่ครอบคลุมถึงปัญหาและผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว

1.4 ด้านการวิจัย สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมองต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองต่อ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพิ่มเติม และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2.2 ควรมีวิจัยแบบทดลอง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เช่น การสร้างโปรแกรมเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรือสามารถรับมือกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย. 2548. สรีรวิทยาระบบประสาทส่วนกลาง.

ใน สุขพรพิมพ์ เจียสกุล สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา (บรรณาธิการ).

สรีรวิทยา 3. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

กัมมันต์ พันธุมจินดา มีชัย ศรีใส สุพัฒน์ โอเจริญ และช่อเพ็ญ เตโชพักร. 2530. **ประสาทศาสตร์**

พื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สันประสิทธิ์การพิมพ์.

กิ่งแก้ว ปาจารย์. 2547. **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. **แบบทดสอบ**

สภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **เนื้องอกสมอง.** [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา:

<http://www.chulacancer.net> [7 กรกฎาคม 2554]

จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. 2541. **ตำราศัลยศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่

ที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรภา หงษ์ตระกูล. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม**

กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ

สาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทาง**

สังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาล

สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ

พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เฉษฐา นิมมานนิตย์. 2537. **เนื้องอกในสมอง.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือน

แก้วการพิมพ์.

ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ. **เนื้องอกระบบประสาทส่วนกลาง.** [ออนไลน์]. 2548. แหล่งที่มา:

<http://pioneer.chula.ac.th> [7 กรกฎาคม 2554]

ดวงใจ กสานติกุล. 2542. **โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้.** กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ อินทรสมใจ. 2547. **ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทศพร พัฒนนิรมาน. 2532. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญพร ชอบตรง. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสตรีใกล้หมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี, และสมพร เตรียมชัยศรี. 2533. **คุณลักษณะความตรงของแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D.** *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 21(1): 26-45.
- ธารวีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์ และ ธีรภาพ ลีवलักษณ์. **เนื้องอกในสมอง (Brain tumor).** [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา: <http://healthy.in.th>. [8 กันยายน 2554]
- นิติวดี เมธอาจารย์. 2544. **ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวีชาชาติ และกรมสุขภาพจิต. 2540. **การศึกษาความชุกและความผิดปกติทางจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพมหานคร.
- นันทิกา ทวีชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และเพชรวุฒิ กาญจนนาคินทร์. 2545. **แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย.** *วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 3(1): 21-32.
- นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการ**

- ดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อูปมา. (2543). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. 2549. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นนทบุรุษ. **โรคเนื้องอกสมอง.** [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.bloggang.com>. [7 กรกฎาคม 2554]
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543. **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณนากุล. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเอเอ็นดีไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. 2551. **ตำราจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: หจก.เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์จำกัด.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาลัย. 2542. **รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของกลุ่มสมรสในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว.** กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สุขวิทยาจิต.
- พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ตอนที่ 1.** [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th> [8 กันยายน 2554]
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. 2545. **ผลของการควบคุมบทเรียนในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบเกมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความคงทนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีและการสื่อสารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญไพยม เชนสมบัติ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วย**

- สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ภัทรภกร วิริยวงษ์. 2551. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค
ข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูมรินทร์ มาลารัตน์. 2550. **คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการ
การผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
สุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมชน์ สุคนิชย์. 2548. **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มลฤดี บุราณ. 2548. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิด
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี สุดทรวง และวีรัชย์ สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เป้าต๋น. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็ง
เกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัว
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา. **มะเร็งสมอง.** [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา:
<http://www.facebook.com>. [16 พฤษภาคม 2555]
- วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแล
ตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด**
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดนกกุล. 2546. **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการ**

พยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติ**

กิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศุภกิจ สงวนดีกุล. **เนื้องอกสมอง (BRAIN TUMOR).** [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา:

<http://www.docstoc.com>. [5 กรกฎาคม 2554]

สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2553. โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์.

สาธารณสุข, กระทรวง. (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข). **กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.**

[ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: [www:http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf](http://www.bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf)
[20 มีนาคม 2555]

สุรเกียรติ อชานานุกาพ. **เนื้องอกสมอง.** [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา:

<http://www.doctor.or.th>. [5 กรกฎาคม 2554]

อารี ฟองเพชร. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมจาก
ครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำนวยการ อาชานอก. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัย
ผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพฯ: บริษัทด้าน
สุขภาพการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Albano, C. C., and Nolan, S. 2005. Innovations in the management of cerebral injury.
Critical Care Nursing Quarterly 28(2): 135-149.

Arnold, S. D., et al. 2008. Evaluation and characterization of generalized anxiety and
depression in patients with primary brain tumors. *Neuro Oncol* 10: 171-181.

Barthel, D. L., and Mahoney, F. I. 1965. Functional evaluation: the Barthel Index.
Maryland State Medical Journal Annual Meeting 14: 56-61.

- Bauer, R., and Fritz, H. 2004. Pathophysiology of traumatic injury in the developing brain: an introduction and short update. **Experimental and Toxicologic Pathology** 56: 65-73.
- Beck, A. T. 1967. **Depression: Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International Universities Press, INC.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. 1979. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.
- Bradshaw, J. L., and Mattingley, J. B. 1996. **Clinical neuropsychology: Behavioral and Brain science**. Department of Psychology Monash University Clayton, Victoria Australia.
- Borzych, A. 2007. Increased incidence of pituitary microadenomas in suicide victims. **Neuropsychobiology** 55: 163–166.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. 1981. The PRQ A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Brown, P. D., et al. 2006. Prospective study of quality of life in adults with newly diagnosed high-grade gliomas. **J Neurooncol** 76: 283–291.
- Burchill, S., Linklater, A., Devetak, R., and Macmillan P. 2009. **Theories of international relations**. Palgrave Macmillan: 382.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 303-313. Cited in Hurdle, D.E. 2001. Social support: A critical factor in woman's health and health promotion. **Health and Social work** 26(5): 72-79.
- Cohen, S., and Wills, T.S. 1985. Stress, social support, and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98(9): 310-357.
- Dekkers, O. M., et al. 2006. Quality of life in treated adult craniopharyngioma patients. **Eur J Endocrinol** 154: 483–489.
- Duits, A. A., et al. 1998. The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. **Journal of Psychosomatic Research** 45(2): 127-138.
- Filley, C. M., and Kleinschmidt-DeMasters, B. K. 1951. Neurobehavioral presentations

- of brain neoplasms. **West J Med** 163: 19–25.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Mc Hugh, P. R. 1975. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **Journal Psychiatry Research** 12: 189-198.
- Fox, S. W., Lyon, D., and Farace, E. 2007. Symptom clusters in patients with high-grade glioma. **J Nurs Scholarsh** 39: 61–67.
- Frisch, N. C., and Frish, L. E. 2002. **Psychiatric mental health nursing**. Colorado: Colorado spring.
- Gathinji, M., et al. 2008. Association of preoperative depression and survival after resection of malignant brain astrocytoma. **Surg Neurol** 71: 299–303.
- Giovagnoli, A. R. 1999. Quality of life in patients with stable disease after surgery, radiotherapy, and chemotherapy for malignant brain tumor. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 67: 358-363.
- Giovagnoli, A. R., Silvani, A., Colombo, E., and Boiardi, A. 2005. Facets and determinants of quality of life in patients with recurrent high grade glioma. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 76: 562–568.
- Godbout, et al. 2005. Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. **Brain Injury** 19(5): 337-348.
- Hannegan, L. 1989. Transient cognitive changes after craniotomy. **Journal of Neuroscience Nursing** 21(3): 165-170.
- Hickey, J. V. 2003. **Neurosurgical nursing**. 3rd ed. Philadelphia: J, B. The clinical Practice of Neurological and Lippincott.
- Hupcey, J. E. 1998. Social support: Assessing conceptual coherence. **Quality Health Research** 8: 304-318.
- Hurdle D. E. 2001. Social Support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion. **Health and Social Work** 26(2): 72-79.
- Jacobs, J. W., Bernard, M. R., Delgado, A., and Strain, J. J. 1977. Screening for organic mental syndromes in the medically ill. **Annual Internal Medicine** 86(1): 40-46.
- Kaplan, H. and Sandock, B. 2001. **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore:

William and Williams.

- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F. and Burchenal, J. H. 1948. The use of Nitrogen musters in the palliative treatment of carcinoma with particular reference to bronchogenic carcinoma. **Cancer** 1: 634-656.
- Karren et al., 2006. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 74(4): 658-670.
- Kate, S., and Stroud, M. 1989. Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. **Journal of American Geriatrics Society** 37: 267-271.
- Kierman, R. L., and Muller, J., Langston, J. W., and Van Dyke, C. 1987. The Neurobehavioral Cognitive Screening Examination: A brief but differentiated approach to cognitive assessment. **Annual Internal Medicine** 107(4): 481.
- Klein, M. et al. 2000. Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. **Journal of Clinical Oncology** 19(20): 4037-4047.
- Koenig, H. G., Meader, K. G., Cohen, H. T., and Blazer, D. G. 1988. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. **Archives Internal Medicine** 148: 1929-1936.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publish.
- Leavitt, M. B., Lamb, S. A. and Voss, B. S. 1996. Brain tumor support group: Content themes and mechanism of support. **Oncology Nursing Forum** 23(8): 1247-1256.
- Linderboom, R., Vermeulen, M., Halman, R., and Haan, D. 2006. Activities of daily living instruments: Optimizing scale for neurologic assessment. **Neurology** 60: 738-742.
- Linsey, A. M. 1992. Social support: **Conceptualizations and measurement instrument**. In M. Frank-Starbord (ed). Instrument for clinical nursing research Boston: Jones and Bartlett: 111-116.
- Litofsky, N. S., Farace, E., Anderson, F., Meyers, C.A., Huang, W., and Laws, E.R. 2004.

- Glioma Outcomes Project Investigators Depression in patients with high grade glioma: results of the glioma outcomes project. *Neurosurgery* 54: 358–367.
- Litofsky, N. S. and Resnick, A. G. 2009. The relationships between depression and brain tumors. *J Neurooncol* 94: 153–161.
- Mackworth, N., Fobair, P., and Prados, M. D. 1992. Quality of life self reports from 200 brain tumor patients: comparisons with Karnofsky performance scores. *J Neurooncol* 14: 243–253.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., and Rasanen, P. 2005. Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study. *J Neurosurg* 103: 841–847.
- Mainio, A., Hakko, H., Timonen, M., Niemela, A., Koivukangas, J., and Rasanen, P. 2005. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 5-year follow-up study. *Nurosurgery* 56(6): 1234-1242.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., and Rasanen, P. 2006. Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *European Psychiatry* 21: 194–199.
- Mainio, A., Tuunanen, S., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., Rasnen, P. 2006. Decreased quality of life and depression as predictors for shorter survival among patients with low-grade gliomas: a follow-up from 1990 to 2003. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 516–521.
- Manchester, D., Priestley, N., and Jackson, H. 2004. The assessment of executive functions: Coming out of the office. *Brain Injury* 18(11): 1067-1081.
- Mapou, M. L. 1992. **Neuropathology and neuropsychology of behavioral disturbances following traumatic brain injury.** Handbook of head trauma: Acute care to recovery. New York.
- Mcdowell, I., and Newell, C. 1996. **Measurement health: A guide to rating scales and questionnaires.** 2nd New York: Oxford University Press.
- Meador, K. J. 2002. Cognitive outcomes and predicvioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav* 3: 49-53.

- Mendes de Leon, C. F., Rapp, S. S., and Kasl, S. V. 1994. Financial strain and syndrome of depression in a community sample of elderly men and women: a longitudinal study. **Journal of Aging and Health** 6(4): 448-468.
- Meyer, C. A., Weitner, M. A., Valentine, A. D. and Levin, V. A. 1998. Methylphenidate therapy improves cognition, mood, and function of brain tumor patients. **Journal of Clinical Oncology** 16: 2522-2527.
- Murrey, G. J., Hale, F. M., and Williams, J.D. 2005. Assessment of anosognosia in Persons with frontal lobe damage: Clinical utility of the Mayo-Portland Adaptability inventory (MPAI). **Brain injury** 19(8): 599-603.
- Nguyen, H. T., and Zonderman, A. B. 2006. Relationship Between Age and Aspects of Depression: Consistency and Reliability Across Two Longitudinal Studies. **Psychology and Aging** 21(1): 119–126.
- Newton, C., and Mateo, M. A. 1993. Uncertainty: strategies for patients with brain Tumor and their family. **Cancer Nursing** 17(2): 137-140.
- Orem, D.E. 1985. **Nursing concepts of practice**. 3rd. New York: McGraw-Hill.
- Passik, SD., Malkin, MG., Breitbart, WS., and Horowitz S. 1994. Psychiatric and psychosocial aspects of neurooncology. **J Psychosoc Oncol** 12: 101–122.
- Price, R. H., & Clickstein, M., Horton, D. L., & Bailey, R. H. 1985. **Principles of Psychology**. New York: CBS College Publishing.
- Price, T. R., Goetz, K. L., and Lowell, M. R. 1997. Neuropsychiatric aspects of brain tumors. In: Yudofsky SC, Hales RE (eds) *The Americanpsychiatric press textbook of neuropsychiatry*. 3rd edn. American Psychiatric Press Washington DC: 635–662.
- Prigatano, G. P., and Altman, I. M. 1990. Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. **Archieve Physical Medicine Rehabilitation** 71: 1058-1064.
- Pringle, Talor, and Whittle. 1999. Anxiety and depression in patients with an

- Intracranial neoplasm before and after tumour surgery. **British Journal of Neurosurgery** 13(1): 46- 51.
- Rooney, A. G., Carson, R. A., and Grant, R. 2010. Depression in Cerebral Glioma Patients: A Systematic Review of Observational Studies. **JNCI** 103(1): 61-76.
- Scheibel, R. S., Meyers, C. A., and Levin, V. A. 1996. Cognitive dysfunction following surgery for intracerebral glioma: Influence of histopathology, lesion location, and treatment. **Journal Neurooncol** 30: 62-69.
- Serino, A. et al. 2006. Central executive system impairment in traumatic brain injury. **Brain Injury** 20(1): 23-32.
- Shuangshoti, S., and Panyathanya, R. 1974. Neural neoplasms in Thailand: A study of 2,897 cases. **Neurology** 24: 1127-1134.
- Sheid, A. et al. 2006. Cognitive sequele of diffuse axonal injury. **Archieves of Neurology** 63(3): 418-424.
- Seligman, M. 1974. Depression and learned help-lessness in psychology on depression. New York: Willey and Son.
- Shives, I., R., Isaacs, A. 2002. **Basic concepts of psychiatric-mental health nusing**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkin.
- Sinclair, G. M. 1991. **Nursing the neurosurgical patient**. London: Buittenworth Heinemann.
- Stem, M. J., Pascale, L., and Ackerman, A. 1977. Life adjustment post myocardial infarction. **Archived internal medicine** 137: 1680-1685.
- Sullivan, M. D.,Lacroix, A. Z., Spertus, J. A., and Hecht, J. 2000. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. **The American Journal of cardiology** 86(15): 1135-1138.
- Tilden, V. P. 1985. Issues of conceptualization and measurement of social support in construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health**. 8(6): 199-206.
- Tilden, V. P., and Weinert, C. 1990. Measures of social support: Assessment of validity. **Nursing Research** 39(7-8): 212-217.
- The Oxford English dictionary**. 1989. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

- Tucha, O., Smely, C., Oreier, M., Lange, K. W., and Klaus, W. 2000. Cognitive deficits before treatment among patients with brain tumor. **Neurosurgery** 47: 324-334.
- Vacarolis, E. M. 2002. **Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach**. 4th ed. New York: W.B. Saunders.
- Valentine, A., Passik, S., and Massie, M. J. 2002. **Psychiatric and psychosocial issues** In Levin V(ed) **Cancer in the nervous system**. 2nd edn. University Press. Oxford: 572–589.
- Wellish, D. K., Kaleita, T. A., Freeman, D., Cloughesy, T., Goldman, J. 2002. Predicting major depression in brain tumor patients. **Psychooncology** 11: 230–238.
- Weinert, C. 1985. A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36(9-10): 273-277.
- Weinert, M. A., Meyer, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K., Celld, D. F., and Levin, V. A. 1995. The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: Development of a brain tumor subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patient with primary brain tumors. **Cancer** 75(5): 115-61.
- Weinert, M. A. 1999. Psychosocial and neuropsychiatric aspects of patients with primary brain tumors. **Cancer Investigation** 17: 285-289.
- Weitzner, M. A., Kanfer, S., and Booth-Jones, M. 2005. Apathy and pituitary disease: it has nothing to do with depression. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci** 17: 159–166.
- Wilson, I. B., and Cleary, P. D. 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcome. **Journal of the American Medication Association** 273: 59-65.
- Winkour, G. 1990. The concept of a secondary depression and its relationship to comorbidity. **Psychiatr Clin North Am** 123: 567–583.
- Wright, J. 1991. Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury. **Critical Care Nursing Quarterly** 28(2): 150-161.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. นายแพทย์ภูงศ์ เหล่าจุสิวัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นายแพทย์อัษฎนศักดิ์ อรรถยามกร | นายแพทย์ประจำศูนย์ชีวะภิบาล แผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย |
| 3. อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชมหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล | พยาบาลชำนาญการพิเศษระดับ 8
และพยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทหออผู้ป่วย
ไอซียูศัลยกรรมประสาท 1 สก. 8
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |

ภาคผนวก ข
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 02 66


 วันที่ 0016
 วันที่ 21 ก.พ. 2555
 เวลา 13.30

 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

16 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ
 เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบยื่นเสนอขอทำการวิจัย 4 ชุด
 2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5 ชุด
 3. โครงร่างพอสังเขป 5 ชุด
 4. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 5 ชุด
 5. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวคุณวรรณ จันทร์แก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรร
 ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอรับการพิจารณาจริยธรรม
 การวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไก
 ที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
 ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท จำนวน
 50 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านกรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะ
 ซึมเศร้า ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวคุณวรรณ จันทร์แก้ว เสนอโครงการวิจัย
 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง
 สูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
 ฝ่ายวิชาการ
 อาจารย์ที่ปรึกษา

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ที่ ศธ 0512.11/0317



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวครุณวรรณ จันทร์แก้ว นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท จำนวน 80 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวครุณวรรณ จันทร์แก้ว ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวครุณวรรณ จันทร์แก้ว โทร. 081-5431715

ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....จจ. 14/2555.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญโรคนื้องอกสมอง
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว นิสิตป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 5. อัดคประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	16 มีนาคม 2555
วันหมดอายุ	15 มีนาคม 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี *ทศพร สิมะโรจน์*
(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ



COA No. 246/2012
IRB No. 094/55

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ศึกษาคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
เลขที่โครงการวิจัย : -
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรุณวรรณ จันทร์แก้ว
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 March 2012
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 3.0 Dated 24 January 2012
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3.0 Dated 24 January 2012
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 24 January 2012
5. แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย Version 1.0 Dated 24 January 2012

ลงนาม *ท. สืบสินวงศ์*
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบสินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *เจ. อ. อ. อ.*
(รองศาสตราจารย์สุพิดา วิทยาลัยปัญญา)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 5 เมษายน 2555
วันหมดอายุ : 4 เมษายน 2556

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ บัณฑิตศึกษาค้นคว้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่วิเศษเนื่องอก

สมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดร.อรุณวรรณ จันทร์แก้ว นิติศาสตราพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้ง
ทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษา
ดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้า
ร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆซึ่งสมาชิกใน
ครอบครัวข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้า และสมาชิกครอบครัวของ
ข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและ
จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่
เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลง
นามในใบวิจัยนี้

.....

สถานที่/วันที่

.....

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....

(นางสาวดร.อรุณวรรณ จันทร์แก้ว)

ลงนามผู้ทำวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ลงนามพยาน

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
2. ผู้วิจัย นางสาวอรุณวรรณ จันทร์แก้ว นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท1สก8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-5431715 E-mail: j.darun@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
 - 4.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลา ประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล & ข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่
7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ
8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
11. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 105 ราย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง”

.....
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล&ข้อมูลการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย


ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

คำชี้แจง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากการสอบถามจากผู้ป่วยหรือญาติ

1. การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก).....
2. ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง.....
3. Glasgow coma scale E.....M.....V..... Motor power 
4. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค)..... วัน/เดือน/ปี
5. ผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด.....วัน/เดือน/ปี
6. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ () ไม่มี () มี ระบุ.....
7. สิทธิในการรักษา เงินสด เงินเชื่อ ประกันสังคม 302

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (ผู้วิจัยบันทึกเอง)

คำชี้แจง แบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ทำอะไรได้บ้างหรือทำอะไรได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ลงบนตัวเลขที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ความหมาย	%	หลักการ
สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้	100	ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรค
ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ	90	สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย
.	.	.
.	.	.
.	.	.
.	.	.
	10	ระยะสุดท้ายของชีวิต ภาวะใกล้เสียชีวิตดำเนินไปอย่างรวดเร็ว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของท่าน

ภายหลังจากมีเนื้องอกสมองเกิดขึ้น ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. Orientation for time (5 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

.....

1.2 วันนี้วันอะไร

.....

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร

.....

1.4 ปีนี้ปีอะไร

.....

1.5 ตอนนี้เป็นเวลาเช้า-กลางวัน-เย็น

.....

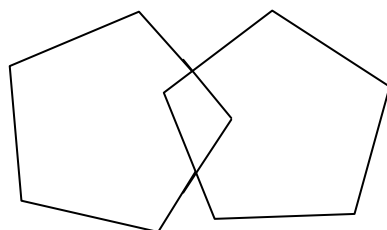
.
. .
. .
. .
. .
. .

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)

.....



คะแนนรวม.....ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวคุณมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อคำถาม	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้คุณรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย						
2. คุณมีคนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน						
3. มีคนที่รักและเอาใจใส่คุณ						
.						
.						
.						
16. คุณมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว						
17. คนรอบข้างบอกว่าคุณทำงานดี						
18. เมื่อมีปัญหาในครอบครัวทุกคนรับฟังความคิดเห็นของคุณ						

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกของคุณในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
นานๆครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย (0)	นานๆครั้ง (1)	ค่อนข้างบ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกซึมเศร้า				
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดี ทัดเทียมคนอื่น ๆ				
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิ เพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
6. ท่านรู้สึกหดหู่และเศร้าหมอง				
7. ท่านรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการ ทำทุกๆสิ่ง				
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับ อนาคต				
9. ท่านคิดว่าชีวิตของท่าน มีแต่ความล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ท่านมีความสุข				

ข้อความ	ไม่เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ค่อนข้างบ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ				
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร				
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย				
17. ท่านมักจะร้องไห้				
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ท่านรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

คะแนน.....

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองวิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการทำหน้าที่ด้านารรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำแนกเป็นรายข้อ (n = 105)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดรายข้อ	คะแนน	\bar{x}	SD
1. Orientation for time	5	4.75	0.62
2. Orientation for place	5	4.80	0.49
3. Registration	3	2.97	0.17
4. Attention/Calculation	5	4.34	1.18
5. Recall	3	2.38	0.87
6. Naming	2	1.98	0.14
7. Repetition	1	0.59	0.49
8. Verbal command	3	2.92	0.27
9. Written command	1	1.00	1.03
10. Writing	1	0.53	0.50
11. Visuoconstruction	1	0.70	0.46

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำแนกเป็นรายข้อ (n = 105)

การสนับสนุนทางสังคมรายข้อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านความรักใคร่ผูกพัน			
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้คุณรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	5.77	0.42	สูง
2. คุณและเพื่อนชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	5.65	0.69	สูง
3. มีคนที่รักและเอาใจใส่คุณ	5.73	0.54	สูง
4. มีคนที่ร่วมงานสังคมและงานสังสรรค์ต่าง ๆ กับ คุณ	5.68	0.63	สูง
ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ			
5. เมื่อมีปัญหาคุณสามารถพึ่งพาญาติ พี่น้องหรือเพื่อนฝูงได้	5.50	0.81	สูง
6. มีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือคุณได้ในระยะยาวถ้าคุณต้องการ	5.55	0.66	สูง
7. มีผู้พร้อมที่จะรับฟังความรู้สึกของคุณ	5.49	0.69	สูง
8. คุณมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือคุณโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนตอบแทน	5.30	1.02	สูง
9. เมื่อคุณอารมณ์เสียคุณมีคนที่สามารถระบาย	4.86	0.87	สูง
10. มีคนที่จะให้คำแนะนำหรือช่วยคุณในการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว	5.24	0.84	สูง
11. ถ้าคุณเจ็บป่วยจะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้แก่คุณได้	5.10	0.86	สูง
12. คุณชอบทำสิ่งเล็กๆน้อยๆ เป็นพิเศษเพื่อช่วยให้คนอื่นมีความพึงพอใจ	5.01	0.80	สูง
ด้านการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม			
13. คุณชอบที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น	5.22	0.89	สูง
14. คนอื่นบอกคุณว่าพวกเขาสบายใจที่จะทำงานร่วมกับคุณ	5.31	0.92	สูง
15. เพื่อนๆของคุณเห็นความสำคัญในตัวคุณขณะมีกิจกรรมร่วมกัน	5.25	0.85	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง			
16. คุณมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว	5.77	0.44	สูง
17. เพื่อนร่วมงานบอกว่าคุณทำงานดี	5.39	0.74	สูง
18. คุณเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว	5.47	0.71	สูง

3. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 105 คน

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.30	0.89
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	0.83	0.89
3. ท่านรู้สึกซึมเศร้า	0.64	0.76
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดี ทดเทียมคนอื่น ๆ	1.26	1.08
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตัดสินใจ เพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	1.06	0.96
6. ท่านรู้สึกหดหู่และเศร้าหมอง	0.75	0.78
7. ท่านรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการทำทุก ๆ สิ่ง	0.66	0.69
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.24	1.10
9. ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีแต่ความล้มเหลว	0.50	0.82
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	0.63	0.79
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	0.99	0.99
12. ท่านมีความสุข	0.92	0.98
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ	0.92	0.92
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.63	0.86
15. ท่านรู้สึกว่าผู้คนที่ทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	0.48	0.72
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย	0.88	1.05
17. ท่านมักจะร้องไห้	0.73	0.89
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	0.75	0.91
19. ท่านรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบท่าน	0.44	0.73
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต	0.50	0.76

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
C1.1	26.0577	10.4432	.3245	.7118
C1.2	26.0192	10.7181	.2496	.7169
C1.3	25.9904	10.6116	.5395	.7110
C1.4	26.0192	10.4268	.4629	.7080
C1.5	26.0288	10.7856	.1788	.7197
C2.1	26.0000	10.7184	.3350	.7151
C2.2	26.0000	10.6408	.4070	.7128
C2.3	26.0000	10.7767	.2814	.7169
C2.4	26.0288	10.4555	.3995	.7097
C2.5	26.0481	10.5122	.3063	.7131
C3.1	25.9808	11.1064	-.0006	.7246
C3.2	25.9808	11.0870	.0292	.7241
C3.3	25.9808	10.9511	.2388	.7202
C4.1	26.0192	10.3103	.5499	.7042
C4.2	26.0673	10.1216	.4808	.7023
C4.3	26.0769	10.1105	.4629	.7027
C4.4	26.2692	9.7909	.3871	.7041
C4.5	26.0769	10.0329	.5043	.7002
C5.1	26.1154	10.2972	.3062	.7117
C5.2	26.2981	10.2501	.2132	.7201
C5.3	26.0865	10.3128	.3394	.7100
C6.1	25.9712	11.1157	.0000	.7240
C6.2	25.9904	10.9222	.1912	.7202
C7	26.3846	10.9963	-.0382	.7436
C8.1	25.9904	11.3494	-.2719	.7321
C8.2	25.9904	10.8834	.2342	.7191
C8.3	26.0096	10.9028	.1375	.7214
C9	25.9712	8.8827	.1891	.7701
C10	26.4327	9.5488	.4251	.7000
C11	26.2788	9.5234	.4811	.6952

Reliability Coefficients

N of Cases = 105.0

N of Items = 30

Alpha = .7231

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
S1	91.5143	69.5022	.5039	.9058
S2	91.6381	65.6370	.6329	.9015
S3	91.5524	68.1535	.5341	.9045
S4	91.6095	67.8557	.4810	.9054
S5	91.7810	64.0189	.6596	.9003
S6	91.7333	66.5244	.5772	.9030
S7	91.8000	65.3346	.6594	.9008
S8	91.9810	60.9996	.7018	.8990
S9	92.4286	64.9203	.5378	.9043
S10	92.0476	63.0650	.7105	.8987
S11	92.1905	65.3288	.5143	.9050
S12	92.2762	65.5864	.5381	.9040
S13	92.0667	63.3897	.6400	.9009
S14	91.9714	63.6242	.5941	.9026
S15	92.0381	64.7101	.5680	.9032
S16	91.5143	69.4637	.4815	.9060
S17	91.8952	67.7870	.4012	.9077
S18	91.8190	66.1304	.5726	.9030

Reliability Coefficients

N of Cases = 105.0

N of Items = 18

Alpha = .9080

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
D1	14.8000	70.7192	.5339	.8328
D2	15.2667	76.8897	.1140	.8508
D3	15.4571	71.0005	.6153	.8306
D4	14.8381	76.5985	.0896	.8552
D5	15.0381	71.8255	.4138	.8382
D6	15.3429	69.8429	.6901	.8274
D7	15.4381	72.7870	.5265	.8347
D8	14.8571	76.6621	.0837	.8558
D9	15.5905	70.1480	.6282	.8293
D10	15.4667	72.5013	.4734	.8359
D11	15.1048	70.8255	.4627	.8359
D12	15.1714	72.0857	.3874	.8395
D13	15.1714	72.6626	.3819	.8396
D14	15.4667	69.0974	.6759	.8268
D15	15.6190	76.1804	.2198	.8451
D16	15.2190	71.6919	.3739	.8406
D17	15.3619	71.5793	.4709	.8356
D18	15.3429	70.7082	.5206	.8333
D19	15.6571	71.4582	.6035	.8314
D20	15.6000	70.9346	.6207	.8304

Reliability Coefficients

N of Cases = 105.0

N of Items = 20

Alpha = .8446

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Factors Related to Depression among Patients with Brain Tumor: A Systematic Review

ดร.ณรรณ จันท์แก้ว พย.บ. (Darunwan Junkaew, BSN, RN.)¹

ชนกพร จิตปัญญา, ปร.ด.(Chanokporn Jitpanya, PhD)²

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีอัตราการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอก ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า การสืบค้นได้สืบค้นจากงานวิจัยภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ห้องสมุด และฐานข้อมูลต่างๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002-2010 สกัดข้อมูลโดยอ่านและคัดเลือกเนื้อหา จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสเตทเลอร์ (1998) บันทึกลงแบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และสังเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของรายงานการวิจัยโดยนำผลการวิเคราะห์มาสรุปบรรยายเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

ได้นำงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนจำนวน 8 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย 5 เรื่อง การวิจัยแบบประเมินผลโครงการ 1 เรื่อง การวิจัยเชิงทำนาย 1 เรื่อง และการทบทวนงานวิจัยแบบสังเกตการณ์อย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ตำแหน่งของเนื้องอก ครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช ความบกพร่องทางสติปัญญา นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, เนื้องอกสมอง, มะเร็งสมอง, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, การสังเคราะห์งานวิจัย

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

Depression is a significant problem in adult patients with brain tumor, particularly brain cancer patients because it affects a survival rate. Patients with brain tumor often have an increased number of suicide when compared with general population. This study was a systematic review. The objective of the paper was to analyze and synthesize research focusing on depression, factors associated with depression, and impacts of depression in patients with brain tumor. This study searched for published research in English literature from electronic media, libraries, and databases from 2002 through 2010. Information was synthesized by reading, and selected by content relevant on the basis of Stetler (1998)

The results of this systematic review were as follows:

Eight research studies were included into the systematic review with five description research; one predictive study; one outcome project research; and one observation systematic review. The literature review found that factors related to depression included sex, quality of life, functional status, location of brain tumor, family psychiatric history, and cognitive deficit. Also, the results found that depression was related to a decreased survival rate.

Key words: depression, brain tumor, brain cancer, systematic review, research analysis, critical review

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเนื้องอกสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง มักมีเจตคติต่อโรคว่า เป็นโรคที่ผู้ใดเป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มีทางรักษา (Litofsky & Resnick, 2009) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่ในวัยที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองจึงเป็นสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้น เกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิด ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง สามารถส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Gathinji, 2009) จากการศึกษาพบว่าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมักมีการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Winkour, 1990) ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบได้ตั้งแต่ 10-80 % ของผู้ป่วย (Litofsky & Resnick, 2009) ดังนั้นการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ทำให้ขาดข้อมูลและหลักฐานในการตัดสินใจวางแผนเพื่อจัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เพื่อให้ได้ข้อสรุปมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และเป็นองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อสรุปองค์ความรู้ของการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอก และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองมีภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน โดยกำหนดจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
2. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวนครอบคลุมประชากรที่ศึกษา (type of participants) ผลลัพธ์ที่ได้ (type of outcome) และรูปแบบของงานวิจัย (type of studies)
3. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (criteria for considering studies for this review) เกณฑ์คัดเลือกของการศึกษานี้คือ เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองทั้งหมด ในต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002-2010
4. สืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้
 - 4.1 กำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นเป็นภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย depression and brain tumor, psychological distress and brain tumor ร่วมกับคำรองคือ depression and brain cancer และรูปแบบงานวิจัย ได้แก่ systematic review, research analysis, critical review โดยมีการปรับตามผลการสืบค้นในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาใช้ในการระบุคำสำคัญในการสืบค้นครั้งต่อไป
 - 4.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลดังต่อไปนี้ แหล่งข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้ง Pub Med, Science Direct, CINAHL, ProQuest Medical library, ProQuest Dissertation & Theses
5. สกัดข้อมูลโดยอ่านและคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษามาล้างเครื่องจำนวน 8 เรื่อง จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสเตตเลอร์ (Stetler, 1998) โดยแบ่งระดับของข้อมูลเชิงประจักษ์ 6 ระดับ และบันทึกลงในแบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

6. สังเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของรายงานการวิจัย ได้นำผลการวิเคราะห์สรุบบรรยายเชิงเนื้อหา (narrative summary)

7. การอภิปรายผล (interpreting results) ซึ่งเป็นการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม ข้อคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางการทำวิจัยต่อไป

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่อ่านและคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษามาสังเคราะห์จำนวน 8 เรื่อง จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสเตทเลอร์ (Stetler, 1998) และสังเคราะห์งานวิจัยดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
ผู้แต่ง: Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen ค.ศ.: 2006	N = 77 คน เป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอก สมองชนิดปลุมนูมิ เพศ ชายจำนวน 30 คน และ เพศหญิง 47 คน ประเทศฟินแลนด์ โดย คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มา รับการรักษาเพื่อผ่าตัด สมองตามคุณสมบัติที่ กำหนด	4	การวิจัย เชิง บรรยาย แบบหา ความสัมพันธ์	- ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะ ซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย (P = 0.054) - คุณภาพชีวิตและการทำ หน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ ลดลง มีความสัมพันธ์กับการ เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกในสมอง ชนิด benign (P = 0.000, P = 0.004) แต่ไม่พบ ความสัมพันธ์ในผู้ป่วยเนื้องอก สมองชนิด glioma (P = 0.065, P = 0.754)
ผู้แต่ง: Mainio, Hakko, Timonen,	N = 75 คน เป็นผู้ป่วยที่มีเนื้องอก สมองชนิดปลุมนูมิ ที่ ได้รับการรักษาด้วยการ	4	การวิจัย เชิง บรรยาย แบบ	- ผู้ป่วยโรค high-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมี อัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 22.5 เดือน

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
Niemela, Koivukangas, & Rasanen ค.ศ.: 2005	ผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ในประเทศฟินแลนด์		ติดตาม ความสัม- พันธ์	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรค low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึมเศร้า จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 50.2 เดือน - ผู้ป่วยโรคเนื้องอกไม่ร้ายแรง ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 58.2 เดือน - ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรอดชีวิตสั้นกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (P = 0 .031) แต่ไม่พบความแตกต่างในผู้ป่วยโรค high-grad glioma กับเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง - การมีเนื้องอกในซีกเดียวของสมอง เมื่อเทียบกับการมีเนื้องอกของสมองทั้ง 2 ซีก และเนื้องอกมีขนาดใหญ่ พบว่าการผ่าตัดจะมีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตมากกว่าในผู้ป่วยโรค low-grad gliomas (P = 0.048) และเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (P = 0.007) แต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิต

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
				ในผู้ป่วยโรค high-grad gliomas (P = 0.395)
ผู้แต่ง: Mainio, Tuunanen, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen ค.ศ.: 2006	N = 101 คน ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ภายหลังได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ปีค.ศ.1990-1992 จนถึงปี ค.ศ. 2003	4	ศึกษา ติดตาม ความสัม- พันธ์ แบบ ย้อนหลัง	ค่าเฉลี่ยของอัตราการรอดชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญกับเนื้องอกสมอง ชนิด high-grad gliomas คือ - ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด high-grad gliomas เกรดสูง จะมีชีวิต อยู่สั้นที่สุดคือ 1.9 ปี - ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด low-grad gliomas และ เนื้องอกสมองที่ไม่ใช่มะเร็ง จะ มีค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ 9.1 ปี และ 11.6 ปี - ผู้ป่วย low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอัตรา การมีชีวิตอยู่สั้นกว่าคือ 3.3 - 5.8 ปี เมื่อเทียบกับ ผู้ป่วย glioma เกรดต่ำที่ไม่มี ภาวะซึมเศร้าคือ 10.0 - 11.7 ปี
ผู้แต่ง: Gathinji ค.ศ.: 2009	N = 1052 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งสมอง ชนิด astrocytoma grade 3 หรือ 4 ที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง ปี ค.ศ.1995-2006	4	ศึกษา ติดตาม ความสัม พันธ์แบบ ย้อนหลัง	- คุณภาพชีวิตที่ลดลงมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการมีชีวิตอยู่สั้นลงของ ผู้ป่วย low-grad glioma (P = 0.037) - ภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดไม่มี

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
				ความสัมพันธ์กับการรอดชีวิต ที่ลดลง - ความแตกต่างของอัตราการ รอดชีวิตระหว่างการมีภาวะ ซีมเศร้ากับไม่มีภาวะซีมเศร้า อยู่ที่ 12 เดือน (15% vs 41%) และ 20 เดือน (0% vs 21%) ภายหลังจากผ่าตัด
ผู้แต่ง: Litofsky, Farace , Anderson, Meyers , & Huang ค.ศ. : 2004	N = 598 คน ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ชนิด Glioma เกรดสูงที่ ได้รับการผ่าตัด	5	การวิจัย แบบ ประเมิน ผล โครงการ	- ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ ซีมเศร้าจะอยู่ที่ 93% และ ยังคงใกล้เคียงกันที่ 3 - 6 เดือน ภายหลังจากผ่าตัด - อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะ ซีมเศร้า จะสั้นกว่าผู้ที่ไม่มี ภาวะซีมเศร้า รวมทั้งมี ภาวะแทรกซ้อนมากกว่า
ผู้แต่ง: Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen ค.ศ.: 2005	N = 77 คน ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดที่คลินิก ศัลยกรรมระบบประสาท	4	ศึกษา ติดตาม ความสัมพันธ์แบบ ไป ข้างหน้า	- ผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อน ผ่าตัดพบว่า 27 คน (35%) มี ภาวะซีมเศร้า - ผู้ป่วยที่มีประวัติเกี่ยวกับโรค ซีมเศร้าและผู้ที่มีการทำหน้าที่ ด้านร่างกายลดลง จะมีภาวะ ซีมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยปกติอย่าง มีนัยสำคัญ (P = 0.017, P = 0.015) - ภาวะซีมเศร้าจะลดลงที่

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
				<p>ช่วงเวลา 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด (P = 0.031)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นจากการประเมินผลที่ 3 เดือน และ 1 ปี (P = 0.000 และ P = 0.005) - ระดับของภาวะซีมเศร้าจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณสมองส่วนหน้า (P = 0.049) และผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณต่อมใต้สมอง (P = 0.019) ภายหลังได้รับการผ่าตัด
<p>ผู้แต่ง: Wellisch, Kaleita, Freeman,</p>	<p>N = 89 คน ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่มาตรวจที่คลินิกมะเร็ง และระบบประสาท</p>	<p>4</p>	<p>การวิจัย เชิง ทำนาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 28% ของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่ามีโรคซีมเศร้าอย่างรุนแรง - ปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะซีมเศร้าอย่างรุนแรงประกอบไปด้วยตำแหน่งของเนื้องอก
<p>Cloughesy & Goldman ค.ศ.: 2002</p>				<p>(P = 0.001) และครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช (P = 0.006)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะซีมเศร้าอย่างรุนแรงในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกในสมอง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคมะเร็งอื่นๆ พบอุบัติการณ์ที่สูงกว่า

ผู้แต่ง ปีค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	การจัด ระดับของ หลักฐาน	รูปแบบ การวิจัย	ผลการวิจัย
ผู้แต่ง: Rooney, Carson, & Grant ค.ศ.: 2010	N = 4089 คน ทบทวนจากงานวิจัยแบบ Cross-sectional, case-control, and cohort studies เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Glioma ชนิดปฐมภูมิที่ ได้รับการตีพิมพ์ 42 งานวิจัย จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 4089 คน ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 1980 ถึง 16 กันยายน 2009	5	ทบทวน งานวิจัย แบบ สังเกต การณ์ อย่างเป็น ระบบ	- ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยเนื้องอก สมองชนิด Glioma อยู่ในช่วง 6% – 28% ค่าเฉลี่ย 15% - ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องกับการหน้าที่ ทางด้านร่างกายที่ลดลง ความ บกพร่องทางสติปัญญา คุณภาพชีวิตที่ลดลง และ อัตราการรอดชีวิตที่ลดลง

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย

งานวิจัยที่ศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77- 4089 คน อายุ 28-66 ปี ศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย สามารถแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 6 ปัจจัยประกอบด้วย เพศ, คุณภาพชีวิต, การทำหน้าที่ด้านร่างกาย, ตำแหน่งของเนื้องอก, ครอบครัวยามีประวัติทางจิตเวช, ความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มีการศึกษามากที่สุดคือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (3 เรื่อง) รองลงมาคือคุณภาพชีวิต (2 เรื่อง) และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำให้อัตราการมีชีวิตรอดลดลง (4 เรื่อง)

อภิปรายผล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เมื่อมีเนื้องอกในสมองเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของเนื้องอก ได้แก่ ผู้ป่วยมักจะมีอาการมืออาการปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน มีปัญหาทางสายตา เช่น ตามัว เห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็น มีปัญหาในการพูด มีปัญหาในการได้ยิน ซ้ำตามปลายมือปลายเท้า แขนขาอ่อนแรง ทรงตัวลำบาก บุคลิกภาพหรือนิสัยเปลี่ยนไป หรือชัก ในคนที่ไม่เคยมีประวัติชักมาก่อน เป็นต้น (อานวยพร อาษานอก,

2549) ขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอก ตำแหน่งของก้อนเนื้อ และอัตราการเจริญเติบโตของเนื้องอก รวมทั้งก้อนเนื้อไปกดเนื้อสมองที่อยู่ข้างเคียงหรือไปทำลายเส้นประสาทสมองที่อยู่ข้างเคียง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Meyers, Weitzer, Valentine & Levin, 1998) ทำให้มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจากการมีเนื้องอกในสมองเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2005) และจากการศึกษาของ Rooney, Carson, & Grant (2010) พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. คุณภาพชีวิต

“ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองมักมีความรู้สึกเป็นทุกข์ (Distress) หรือไม่พึงพอใจในชีวิต (Unpleasant affect of life satisfaction) อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะอาเจียน ตามัว หรือมีขี้ขี้ประสาทตาบวม (papilledema) มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (Speech and language deficit) ความบกพร่องด้านการรับความรู้สึก ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น มีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงหรือไม่พึงพอใจในชีวิต (อำนาจพรอาชานอก, 2549) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมอง มักมีระดับความวิตกกังวลสูง (Mainio, Hakko, Niemela, Turinkoski, Koivukangas, & Rasanen, 2003) รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย Lepolapola, Toljamo, Aho and Lonet (2001) ได้ศึกษาประสบการณ์เริ่มแรกของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่าก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกลัว มีอาการซึมเศร้า และภายหลังการผ่าตัด รูปลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจจากสมรรถภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมซึ่งจะส่งผล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตตมโนทัศน์ไม่ดี (Shaw, 2006) และภายหลังที่มีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว อาจต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทบทบทวนหรือหยุดกระทบทบทวนบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วคราว เนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่น บุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ทำงานบ้าน ทำอาหารดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของตนที่มีอยู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มด้วย เช่น การหารายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้นจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้ การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 1992; Marsh, Kersel, Havill,

& Sleigh, 2002; Montgomery, 2002) จากการศึกษารายงานของ Fox and Lantz (1998) ศึกษาประสบการณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง พบว่าผู้ที่สืบพบาพหน้าที่เป็นสามีภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกายบกพร่อง สมานิสัน เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองเกิดความวิตกกังวล (Mainio, Hakko, Niemela, Turinkoski, Koivukangas, & Rasanen, 2003) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคจะเป็นไปในทางใด และการที่ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายขั้นตอนของการรักษา ยุ่งยากซับซ้อนระเบียบ ขั้นตอนในการเข้ารับการรักษา ความไม่สม่ำเสมอในการได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้า ท้อแท้ ไม่อยากมารับบริการ ตลอดจนไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรคได้ นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้เกิดกลุ่มอาการไม่สบายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น อาการปวดศีรษะ อาการชัก การมองเห็นผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดสูญเสียความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitzner, 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เมื่อมีอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตของลดลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2006; Rooney, Carson, & Grant, 2010)

3. เพศ

เพศ มีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิต และการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพความละเอียดอ่อน ความอดทนและห่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอ (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) จากรายงานการวิจัยพบว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้ว เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Duits, 1998) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด benign ที่มีภาวะซึมเศร้า เพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการติดตามภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด 1 ปี พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2006)

4. ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง

มีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานว่าตำแหน่งของเนื้องอกเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (major depressive disorder) โดยเฉพาะเนื้องอกสมองบริเวณส่วนหน้า (Frontal lobe) เพราะทำให้เกิดปัญหาและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Wellish, Kaleita, Freeman, Cloughesy, & Goldman, 2002) “เมื่อมีเนื้องอกสมองเกิดขึ้นในบริเวณ Motor area จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของอวัยวะ ถ้า Motor area ส่วนที่ไปสู่วัยและมือถูกกดก็จะมีอาการอ่อนแรงของแขนและมือซีกตรงข้าม ถ้าเนื้องอกอยู่ใกล้บริเวณกลางของ Motor area ก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขาข้างตรงข้าม ถ้ามีเนื้องอกที่ falx บริเวณ

paracentral lobule เช่น falx meningioma ก็อาจทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง บางรายอาจมีอาการถ่ายปัสสาวะไม่เอออกร่วมด้วย เนื้องอกที่อยู่ในตำแหน่งส่วนล่างของ Frontal lobe ใน Dominant hemisphere ซึ่งกับบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของกล้ามเนื้อหน้าและ Broca's area จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ค่อยได้ (Dysphasia) หรือพูดไม่ได้เลย (Aphasia) และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าร่วมด้วย เนื้องอกที่อยู่ใน white matter ซึ่งมี corticospinal fibres มารวมตัวกันจะทำให้เกิดอาการ Hemiplegia ซึ่งอาการคือจะค่อยๆอ่อนแรง และจะแผ่ไปสู่ส่วนอื่นมากขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ ส่วนเนื้องอกที่อยู่บริเวณorbital surface ที่พบได้บ่อยได้แก่ olfactory groove meningioma จะทำให้เกิดอาการจมูกไม่ได้กลิ่น (anosmia) อาการไม่ได้กลิ่นอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างขึ้นกับขนาดของเนื้องอก และเนื้องอกที่โตไปทางด้านหลังอาจไปกดที่ optic nerve อาจทำให้มี primary optic atrophy ส่วน tremor เป็นอาการที่พบได้ในรายที่เนื้องอกของ frontal lobe ขนาดใหญ่และอยู่ลึก อาการสั่นนี้อาจเป็นข้างตรงข้ามหรือทั้งสองข้างก็ได้ ลักษณะการสั่นจะคล้ายกับโรค Parkinson แต่จะไม่รุนแรงเท่า” (เฉษฐา นิคมานนิตย์, 2537) นอกจากนี้การเกิดเนื้องอกในสมองมีความเกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงของสมองบริเวณเยื่อหุ้มสมองกับ limbic ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญในการพัฒนาความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

5. ครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นในอัตราสูงถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) และผลจากการศึกษาในคู่แฝด พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 45-60 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 12 จะเห็นได้ว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Varcariolis, 2002) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น มีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงาน ว่า ครอบครัวมีประวัติทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยมีประวัติครอบครัวของอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ การฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า, หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Wellish, Kaleita, Freeman, Cloughesy, & Goldman, 2002)

6. ความบกพร่องทางสติปัญญา

“สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน เมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น สมองส่วนนั้นถูกกดหรือทำลายเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ความจำระยะสั้นหรือความจำระยะยาว ความตั้งใจหรือสมาธิลดลง การตอบสนองผิดปกติ การรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจลดลง การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลง และแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ออกมาไม่เหมาะสม ซึ่งความบกพร่องที่พบขึ้นอยู่กัสมองส่วนไหนได้รับอันตราย อาจมีอาการแสดงในหลายรูปแบบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะแสดงในรูปแบบของความผิดปกติของความจำ ความเฉลียวฉลาด ความคิดอ่าน

บุคลิกภาพ พฤติกรรม การเข้าสังคม อารมณ์ ความผิดปกติเหล่านี้มักจะเกิดรวมกันหลายอย่าง จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด" (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549) จากการศึกษาของ Weitner (1999) พบว่าเมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น จะทำให้สมาธิลดลง การรับรู้เรื่องราวต่างๆลดลง สูญเสียความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น มีเนื้องอกบริเวณตำแหน่ง Frontal lobe จะทำให้การตัดสินใจเสียไป ความจำเสื่อม และมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองของต่อมใต้สมองที่มีภาวะ Cushing's disease การคิดจะลดลงในรูปแบบของหน่วยความจำและการมีสมาธิ (Weitner, 1999) และจากการศึกษาของ Newton & Mateo (1993) พบว่าปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต มีภาวะฟุ้งพา ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Rooney, Carson, and Grant (2010) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับการพร่องทางสติปัญญา มีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับความบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากเมื่อเกิดเนื้องอกในสมองขึ้น สมองส่วนนั้นถูกกดหรือทำลายเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ความจำระยะสั้นหรือความจำระยะยาว ความตั้งใจ หรือสมาธิลดลง การตอบสนองผิดปกติ การรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจลดลง การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต มีภาวะฟุ้งพา ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Rooney, Carson, and Grant, 2010)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผลกระทบที่ตามมาคือ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง จากการศึกษาของ Mainio, Hakko, Timonen, Niemela, Koivukangas, & Rasanen (2006) ในผู้ป่วยทั้งหมด 75 คนที่เป็นโรคเนื้องอกในสมองชนิดปลุมนุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิด low-grade glioma ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยหลังการผ่าตัดสั้นกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วย low-grade glioma อัตราการรอดชีวิตอาจสั้นลงคือ ถ้ามีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยจะอยู่ที่ 34 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับไม่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ที่ 41 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วย High-grade glioma ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดจะมีการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ 12 เดือน และมีเพียง 15% ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับ 41% ของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 20 เดือน (Gathinji, 2009) นอกจากนี้เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบการฆ่าตัวตายได้บ่อย ซึ่งจะพบในเกือบทุกประเภทของเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองมีการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Winkour, 1990)

จากงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องมีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง ที่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการมีชีวิตอยู่ลดลง คือเรื่องที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองชนิด low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรอดชีวิตสั้นกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mainio, Hakko, Timonen, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2005) เรื่องที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเนื้องอกที่เป็นมะเร็งคือ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด high-grad gliomas จะมีชีวิตอยู่สั้นที่สุดคือ 1.9 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด low-grad gliomas หรือเนื้องอกสมองที่ไม่ใช่มะเร็งจะมีค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ 9.1 ปี และ 11.6 ปีตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย low-grad glioma ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอัตราการมีชีวิตอยู่สั้นกว่าคือ 3.3 -5.8 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วย low-grad glioma ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคือ 10.0-11.7 ปี (Mainio, Tuunanen, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2006) เรื่องที่ 3 พบว่าความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การรอดชีวิตระหว่างการมีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 12 เดือน (15% vs 41%) และ 20 เดือน (0% vs 21%) ภายหลังจากผ่าตัด (Gathinji, 2009) เรื่องที่ 4 พบว่าระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะสั้นกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (Litofsky, Farace, Anderson, Meyers, Huang, & Laws, 2004)

สรุปและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จะเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ การให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองในประเทศไทยต่อไป

รายการอ้างอิง

- เจษฎา นิมมานนิตย์. (2537). **เนื้องอกในสมอง**. (พิมพ์ครั้งที่ 2.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิธิวีดี เมธจารย์. (2544). **ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงนัทธ์ พันธุ์แจ่ม. (2549). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 9.). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Beck, A. T. (1967). **Depression: Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International Universities Press, INC.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.
- Duit, A. A. (1998). "The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery." **Journal of Psychosomatic Research**, 45(2), p.127-138.
- Fox, S., & Lantz, C. (1998). "The brain tumor experience and quality of life: A qualitative study." **Journal of Neuroscience Nursing**, 30(4), p.245-52.
- Gathinji, M. (2009). "Association of preoperative depression and survival after resection of malignant brain astrocytoma." **Surgical Neurology**, 71, p.299-303.
- Hickey, J. V. (1992). **Neurosurgical nursing**. (3rd ed.). Philadelphia: J. B. The clinical practice of Neurological and Lippincott.
- Lepolapola, L., Toljimo, M., Aho, R., & Lonet, T. (2001). "Being a brain tumor patient: a

- decriptive study of patient's experiences." **Journal of Neuroscience Nursing**, 33(3), p.143-147.
- Litofsky, N., Farace, E., Anderson, F., Meyers, C., Huang, W., & Laws, E. (2004). "Depression in patients with high-grade glioma: results of the Glioma Outcomes Project." **Neurosurgery**, 54(2), p.358-367.
- Litofsky, N. S. & Resnick, A. G. (2009). "The relationships between depression and brain tumors." **J Neurooncol**, 94, p.153-161.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Turinkoski, T., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2003). "The effect of brain tumor laterality on anxiety levels among neurosurgical patients." **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, 74, p.1278-1282.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2005). "Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study." **J Neurosurg**, 103, p.841-847.
- Mainio, A., Hakko, H., Timonen, M., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2005). "Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 5-year follow-up study." **Nurosurgery**, 56(6), p.1234-1242.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2006). "Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor." **European Psychiatry**, 21, p.194-199.
- Mainio, A., Tuunanen, S., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2006). "Decreased quality of life and depression as predictors for shorter survival among patients with low-grade gliomas: a follow-up from 1990 to 2003." **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 256, p.516-521.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleight, J. W. (2002). "Caregiver burden during the following severe traumatic brain injury." **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, 24(4), p.434-447.
- Meyer, C. A., Weitner, M. A., Valentine, A. D. & Levin, V. A. (1998). "Methylphenidate therapy improves cognition, mood, and function of brain tumor patients." **Journal of Clinical Oncology**, 16, p.2522-2527.
- Montgomery. (2002). "The effect of severe traumatic brain injury on the family." **Journal of Trauma-Injury Infection and Critical care**, 52(6), p.1121-1124.

- Newton, C., & Mateo, M. A. (1993). "Uncertainty: strategies for patients with brain tumor and their family." **Cancer Nursing**, 17(2), p.137-140.
- Rooney, A. G., Carson, R. A., & Grant, R. (2010). "Depression in Cerebral Glioma Patients: A Systematic Review of Observational Studies." **JNCI**, 103(1), p.61-76.
- Shaw, E. G. (2006). "Phase II study of donepezil in irradiated brain tumor patients: effect on cognitive function, mood, and quality of life." **Journal of Clinical Oncology**, 24(9), p.1415-1420.
- Stetler, C. B. (1998). "Utilization focused integrative reviews in a nursing service." **Appl Nurs Res**, 11(4), p.195-206.
- Vacarolis, E. M. (2002). **Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach**. (4th ed.). New York: W.B. Saunders.
- Wellish, D. K., Kaleita, T. A., Freeman, D., Cloughesy, T., & Goldman, J. (2002). "Predicting major depression in brain tumor patients." **Psychooncology**, 11, p.230-238.
- Weinert, M. A. (1999). "Psychosocial and neuropsychiatric aspects of patients with primary brain tumors." **Cancer Investigation**, 17, p.285-289.
- Winkour, G. (1990). "The concept of a secondary depression and its relationship to comorbidity." **Psychiatr Clin North Am**, 123, p.567-583.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดรุณวรรณ จันทร์แก้ว เกิดวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดสงขลา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2546 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ตึกไอซียู ศัลยกรรมประสาท 1 สก.8 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย