ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า

นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS FOR SEVERITY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PERSONS WITH COEXISTING DEMENTIA AND DEPRESSIVE SYMPTOMS

Miss Thanittha Kleebbua

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า
โดย	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ฐนิษฐา กลีบบัว : ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า (PREDICTING FACTORS FOR SEVERITY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PERSONSWITH COEXISTING DEMENTIA AND DEPRESSIVE SYMPTOMS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 247 หน้า.

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคสมองสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 176 ราย ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือวิจัยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80-1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .80-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียแมน สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.9 ปานกลาง ร้อยละ 30.1 และเล็กน้อย ร้อยละ 26.1

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ρ = .299)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ρ = -.371, -.478, -.509, -.209, -.559 ตามลำดับ)

4. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

5. ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.2 (Nagelkerke R^2=0.952, $p < .05$) สามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

$\hat{y}$ = -3.372+ 4.068 (สัมพันธภาพในครอบครัว) -2.157 (ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล) +1.678 (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) -1.517 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5577303836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS: COEXISTING DEMENTIA AND DEPRESSIVE SYMPTOMS / SEVERITY OF DEPRESSION SYMPTOMS

THANITTHA KLEEBBUA: PREDICTING FACTORS FOR SEVERITY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PERSONSWITH COEXISTING DEMENTIA AND DEPRESSIVE SYMPTOMS. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 247 pp.

The purpose of this predictive correlation research design was to examine the severity of depressive symptoms and related predicting factors. A sample of 176 patients with coexisting dementia and depressive symptoms, aged 60 years and older was recruited from the psychiatric out patients department, the tertiary hospitals. The CVI of Instruments was 0.80-1.00. The Reliability of Instruments was .80-.96. Data analysis were using by descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, Contingency Coefficient and Ordinal logistic regression.

Findings include:

1. The severity of depressive symptoms among persons with coexisting dementia and depressive symptoms was 40.9% at severe, 30.1% at moderate, and at 26.1% mild level.

2. Emotional- focus coping was positively significant correlated with severity of depressive symtoms at level of .05 (ρ =.260)

3. Self-esteem, interpersonal skill, family relationship, activity of daily living, and cognitive function was negatively significant correlated with severity of depressive symptoms at level of .05 (ρ = -.371, -.478, -.559, -.142, -.299, -.509 respectively)

4. problem- focus coping, Gender, aged and type of dementia had not correlated with severity of depressive symptoms.

5. Family relationship, activity of daily living, interpersonal skill, Emotional-focus coping were predictors of Severity of depressive symptoms approximately 95.2% (Nagelkerke R^2=0.952, $p < .05$). as models

y^ = -3.372+ 4.068 (family relationship) -2.157 (interpersonal skill) +1.687 (activity of daily) -1.517 (emotional-focus coping)

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ความกรุณา ความช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนคำปรึกษา และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกๆท่านที่อำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าพยาบาล หน่วยงานจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และโรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนแพทย์ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อย่างเต็มใจ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเอกลาภ กลีบบัว คุณแม่สุขนิษฐ์ กลีบบัว รวมถึงครอบครัว กลีบบัว ผู้เป็นที่เคารพรักยิ่ง ที่ให้ความรัก สติปัญญา กำลังใจ ตลอดจนคำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณ นายธนะพัฒน์ ศรีจันทร์ ผู้เป็นที่รัก และครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ ตลอดจนให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพที่มอบทุนเกื้อหนุนการศึกษาแก่ผู้วิจัยและหัวหน้าพยาบาลศูนย์จิตรักษ์ และเพื่อนร่วมงาน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการศึกษาในครั้งนี้

ทั้งนี้ การวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จไปมิได้เลย หากปราศจากเพื่อนสนิท และเพื่อนร่วมชั้นเรียนปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเวลาราชการทุกๆท่าน และผู้สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้มีพระคุณ และผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน และขอให้ท่านมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 7

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

แนวเหตุผลและสมมติฐาน 7

สมติฐานการวิจัย 11

ขอบเขตการวิจัย 12

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 13

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 15

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 16

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (coexisting depression and Dementia) 17

2. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 30

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า 42

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 76

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 80

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 83
การเก็บรวบรวมข้อมูล 101
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 102
วิเคราะห์ข้อมูล 102
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 105
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 126
สรุปผลการวิจัย 132
อภิปรายผลการวิจัย 135
รายการอ้างอิง 150
ภาคผนวก 169
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ 170
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 175
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 185
ภาคผนวก ง เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 198
ภาคผนวก จ เอกสารการรับรองจริยธรรม 204
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย 218
ภาคผนวก ช ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์ 229
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 247

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างโรคซึมเศร้ากับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ที่มา : Olin, 2002) 22

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2556 .. 82

ตารางที่ 3 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 89

ตารางที่ 4 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล 93

ตารางที่ 5 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 99

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของเครื่องมือทุกฉบับ 100

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 176)..... 107

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (n = 176)..... 109

ตารางที่ 9 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (n = 176)..... 110

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจำแนกตามเพศ (n = 176).. 111

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจำแนกตามอายุ (n = 176).. 112

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (n = 176)..... 113

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล (n = 176) 114

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสื่อสารระหว่างบุคคลจำแนกรายด้าน (n = 176)..... 115

ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 176)..... 115

หน้า

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวจำแนกรายด้าน (n = 176) 116

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (n = 176) 116

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละ ของระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (n = 176) 117

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความสามารถในการรู้คิด (n = 176) 118

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (N = 176) 119

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (±S.D.) ของปัจจัยคัดสรร 120

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (ρ), ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนจินเตนซี (C) และระดับความสัมพันธ์ของปัจจัย 121

ตารางที่ 23 แสดงความกลมกลืนของแบบจำลอง และความสามารถในการทำนายตัวแปรตาม 123

ตารางที่ 24 ตัวแปรที่มีผลต่อสมการพยากรณ์ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 124

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ที่มา : Sierksma et al., 2010) 20

ภาพที่ 2 An Integrative Framework (ที่มา : Billing and Moos, 1982) 31

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย 79

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรไทย และประชากรทั่วโลก มีอายุเฉลี่ยยาวนานขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ให้คำนิยามว่าประเทศใดมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในประเทศไทย ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีประมาณ 8.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.9 ของ ประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) มีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีดัชนีผู้สูงอายุ คือ 73.4 ผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย กระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2552 พบว่า ทั่วประเทศมีผู้สูงอายุกว่า 7.3 ล้านคน และคาดว่าอีก 15 ปี คือ ปี 2568 สัดส่วน จำนวนผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20 แสดงถึงประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆของร่างกาย รวมทั้งมีความสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าวัยอื่นๆ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

โรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือโรคทางจิตเวชและโรคทางสมอง โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) ในปี ค.ศ. 2010 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการประมาณความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี พบว่ามีถึงร้อยละ14.7 และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อปี รายละประมาณ 40,689 – 56,290 ดอลลาร์ ทั้งประเทศคิดเป็น 157 - 215 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Hurd et al, 2013) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2012 กลุ่มประเทศอาเซียน จะมีอัตราความชุก ของโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 2012) และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ (Ferri et al., 2005) จากการสำรวจของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในปี 2552 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวนทั้งหมด 880,000 คน และต้องการผู้ดูแลมากกว่า 265,000 คน (สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2555) และพบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2557 ทั้งหมด 5,042 คน (กรมสุขภาพจิต, 2557) ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โรคสมองเสื่อมจากเดิมใช้ชื่อเรียกว่า Dementia ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ใช้ชื่อเรียกใหม่ว่า Major Neurocognitive Disorder (NCD) (มาโนช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุคนธนิช, 2558) โรคสมองเสื่อม คือ โรคที่สมองไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติ ส่งผลเกิดความผิดปกติในเรื่องความจำ การรับรู้ ความคิด จินตนาการ ประสิทธิภาพ ทางการสื่อภาษา การแปล ความหมาย การคำนวณ หรือการใช้ความคิดที่ซับซ้อน ความรู้สึกถดถอย ทางด้านอารมณ์และสังคม รวมไปถึงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้จะค่อย เป็น ค่อย ๆ ไป และจะถดถอยลงเรื่อย ๆ ส่งผลทำให้พร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (วนรัตน์ สิงใส, 2555; สมาคมโรคสมองเสื่อมประเทศไทย, 2555) นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล และครอบครัว เนื่องจากอาการของโรคทำให้เกิดภาวะเครียด และผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ นอกจากนั้นยังส่งผลต่อสังคม และระบบบริการสุขภาพอีกด้วย (รัชนี นามจันทรา, 2553) ความผิดปกติในด้านการรับรู้ จากการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำกัด หรือสูญเสียความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม นำไปสู่ อาการทางจิตประสาทวิทยา (รัชนี นามจันทรา, 2553; ปิ่นชนานันท์ ตังอังคะนันท์, 2556) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Winter et al, 2011 พบว่า การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และสมองในโรคสมองเสื่อมนั้นไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านการรู้คิด และการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในอาการทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Mcsweeney et al., 2008 ; Sterkstein et al., 2008) โดยมีความชุกมากถึงร้อยละ 40-65 (Selbaek et al., 2007; Barkar et al., 2010; Knapskog et al., 2011) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความชุกร้อยละ 48.8 (การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) มีการศึกษาวิจัยจำนวนมาก อธิบายว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม อาจเกิดจากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ และอาการซึมเศร้าอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมเอง โดยอาจเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) บางงานวิจัยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง และการสูญเสียเซลล์ประสาทในสมอง (Lee et al., 2012) และมักพบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Fritze et al, 2011) ซึ่งการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าอาจทำได้ยากขึ้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากความสามารถด้านภาษา และการสื่อสารของผู้ป่วยถดถอยลง (การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) นอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับอาการ

ซึมเศร้าจะมีความพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าส่งผลให้อาการของโรคสมองเสื่อมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Sterkstein et al., 2005; Lee et al., 2012)

การแบ่งระดับของอาการซึมเศร้าพิจารณาจากอาการแสดง และการสูญเสียหน้าที่ การงาน กิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทที่สำคัญอื่นๆ ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck, 1967) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 2 ลักษณะ คือ การแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) ผู้ป่วยมักจะมีอาการเบื่อหน่ายเล็กน้อย อารมณ์หดหู่ เศร้า การดำเนินชีวิตยังคงเป็นปกติสามารถบอกเล่าและระบายความรู้สึกออกมาได้ 2) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) ผู้ป่วยจะมีอาการเซื่องซึม พูดน้อยลง คิดช้า วิตกกังวล การทำงานบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอลง เบื่ออาหาร การขับถ่าย และการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป เริ่มกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน และ 3) อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ผู้ป่วยจะสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ บางคนหงุดหงิดไม่อยู่นิ่ง ปฏิเสธการรับประทานอาหารไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจมีหลงผิด ประสาทหลอน และทำร้ายตนเอง (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย, 2556) และการแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าตามสถานการณ์ (Transient Depression) มักเกิดหลังจากการที่บุคคลผิดหวังในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยจะแสดงอาการหงุดหงิด เศร้าใจ ร้องไห้ หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวังอ่อนล้า 2) อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) บุคคลจะมีความรู้สึกหมดหวัง โกรธ วิตกกังวล มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว หมกมุ่นกับสิ่งที่ผิดพลาดหรือสูญเสีย คลื่นไส้อาเจียน กินมากหรือน้อยไปกว่าปกติ 3) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) บุคคลเริ่มมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง เคลื่อนไหวช้า ขาดปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว มีความคิดทำร้ายตนเองกรือคิดฆ่าตัวตาย ขาดสมาธิ การนอนหลับและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ความสนใจทางเพศลดลง มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วย และ 4) อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) บุคคลจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความรู้สึกยินดียินร้ายกับสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย คิดว่ามีคนต่อว่า คิดร้ายต่อตนเอง ไม่มีสมาธิ มีความคิดฆ่าตัวตาย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ น้ำหนักตัวลดลงอย่างชัดเจน อารมณ์เปลี่ยนแปลงในระหว่างวัน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ผลกระทบของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น อาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (Kennard, 2011) และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจะเป็นตัวทำนายความรุนแรงในการเกิดความพิการ ความบกพร่องด้านการรู้คิด และความสามารถในการทำหน้าที่ และอาจจะมีความคิดทำร้ายตนเอง (Espiritu et al., 2001) มีรายงานว่าอาการซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมลดลง และส่งผลกระทบที่ร้ายแรงคือทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย และมีอัตราการตายสูงขึ้น (Rubio et al., 2001; Sterkstein, 2008; Winter et al., 2011) แม้ว่ายังไม่มีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่ภาระอันยิ่งใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุผลที่แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้น ดังนั้นการเกิดร่วมกันของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า จึงส่งผลโดยตรงต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ดูแลผู้ป่วย มากกว่าการเป็นเพียงโรคสมองเสื่อมหรือโรคซึมเศร้าเพียงโรคเดียว (Olin et al., 2002)

การศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้โดย แนวคิด An Integrative Framework ของ Billing and Moos (1982) ที่กล่าวไว้ว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปเป็นผลมาจาก การเกิดเหตุการณ์ความเครียด หรือเกิดสิ่งคุกคามในชีวิตจากสภาพแวดล้อม ผ่านกระบวนการประเมินสิ่งกระตุ้น และตอบสนองโดยจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น ซึ่งความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล Billing and Moos (1982) ได้จำแนกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า 4 ปัจจัยดังนี้ คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล เป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านจิตใจ ลักษณะภายในของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น แบบแผนการคิด ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการคิด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากการทำงาน เป็นต้น 3) การประเมิน และการเผชิญความเครียด เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภาวะแวดล้อม และการเผชิญหรือการสนองตอบต่อปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นต้น และ 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด นำไปสู่อาการซึมเศร้า ได้แก่ สถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และเพศ เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น และการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** คือการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง โดยได้รับการยอมรับจากบุคคล และสังคมรอบข้างและมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง (วไลพรรณ เอี่ยมกมล และคณะ, 2556) อธิบายได้ว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในระดับสูง (Sowislo et al., 2013; มุจรินทร์ พุทธเมตตา, 2558) **ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล** เมื่อบุคคลขาดความสามารถ หรือมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการซึมเศร้า (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549 ; วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ, 2553) **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าความสามารถในด้านต่างๆจะลดลง ทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ (ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์, 2556) การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะพึ่งพา เกิดเป็นความรู้สึกไร้ค่าและนำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Fiksenbaium et al., 2005) **ความสามารถในการรู้คิด** การสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จึงก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า (Boland, 2000; กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, 2554)

ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม ได้แก่ **สัมพันธภาพในครอบครัว** คือปัจจัยที่เป็นพื้นฐานจำเป็นต่ออารมณ์ เมื่อมีความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดีต่อไป (นัยนา อินธโชติ, 2545) สัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือกิจกรรมภายในครอบครัวลดลง บุตรหลานไม่เห็นความสำคัญ ไม่เคารพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ส่งผลต่อโดยตรงต่ออาการซึมเศร้า (พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) การมีสัมพันธภาพที่ดี และมีการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า (Billing and Moos, 1982)

การประเมิน และการเผชิญความเครียด ได้แก่ **รูปแบบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา** และ **แบบมุ่งปรับอารมณ์** วิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันเพื่อที่จะจัดการกับปัญหา หรือความขัดแย้ง ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประเมินว่าเป็นภาวะที่หนักเกินกว่าความสามารถจะรับได้ จะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจในการพยายามที่จะกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด (กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์, 2556) เมื่อบุคคลมีความบกพร่องด้านความสามารถในการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบ จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Billing and Moos, 1982)

ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม ได้แก่ **เพศ** เพศหญิงจะมีบุคลิกภาพเรียกร้อง พึ่งพา (Piboon et al., 2012) มักจะมองโลกในแง่ร้าย ขาดความนับถือตนเอง (Altman et al., 1980) จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย **อายุ** ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอยเกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้เกิดการพึ่งพิงบุคคลอื่น หรือต้องการความช่วยเหลือด้านต่างๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (อรสา ใยยอง และคณะ, 2554) **ชนิดของโรคสมองเสื่อม** มีการศึกษาพบว่าชนิดของโรคสมองเสื่อมจะมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) มากที่สุด (Enache et al., 2011) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลง และเกิดจากระบบส่งสารสื่อประสาทถูกทำลาย จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Lee et al., 2012)

ความบกพร่องทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น ดังนั้นการตระหนักถึงอาการซึมเศร้า และการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล (Eric. et al, 2011; การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบจำนวนงานวิจัยจำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุ การบำบัดรักษา และสถานการณ์ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาถึงสถานการณ์ความรุนแรง และปัจจัยทำนายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ซึ่งนำมาสู่แนวทางการพยาบาลจิตเวชที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทในการช่วยประเมิน คัดกรอง และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร่วมกับอาการซึมเศร้าเพื่อประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าเป็นอย่างไร

2. ปัจจัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันทำนาย ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด An Integrative Framework ของ Billing and Moos (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

Billing and Moos (1982) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยผสมผสาน 4 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (Personal resource) กล่าวถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านจิตใจ ลักษณะภายในของบุคคล เช่น แบบแผนการคิดของบุคคลความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง รวมไปถึงทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่ออาการซึมเศร้าทั้งทางตรง และทางอ้อม 2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม (Environmental resource) กล่าวถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนจากหน้าที่การงาน การมีการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดี การมีการแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคิดที่ดี และการมีบทบาททางสังคมตามที่คาดหวังไว้ จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า 3) การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Appraisal and coping responses) เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภาวะแวดล้อมจากการประเมิน และการเผชิญหรือ

การสนองตอบต่อปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม (Social background factor) เกี่ยวเนื่องกับ สถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และเพศ หากสถานะทางสังคมไม่ดี จะเป็นตัวกระตุ้นความเครียดนำไปสู่อาการซึมเศร้า

จากการศึกษาแนวคิด An Integrative Framework ของ Billing and Moos (1982) และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยพิจารณาคัดสรรตัวแปรมาศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ปัจจัยภายในบุคคล (Personal resource) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการรู้คิด มีรายละเอียด ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ การยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและความ เชื่อมั่นในตนเอง โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลและสังคมรอบข้างและมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง (วไลพรรณ เอี่ยมกมล และคณะ, 2556) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในระดับสูง (Sowislo et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orthet al. (2009) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สามารถทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นจึงสรุปว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล คือ ความสามารถของบุคคลในการรับส่งข่าวสาร เพื่อการถ่ายทอดกับบุคคลอื่น ทั้งแบบวัจนภาษา และอวัจนภาษา (Duffy et al., 2004) การขาดความสามารถหรือความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการซึมเศร้า (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) สอดคล้องกับแนวคิดของ Billing and Moos (1982) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า เกิดจากบุคคลขาดทักษะการสื่อสารที่ดี ทำให้เกิดเป็นความเครียดซึ่งกระตุ้นให้เกิดเป็นอาการซึมเศร้าดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ โดยประเมินจากความผิดปกติของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity daily living) เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตภายในที่อยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ ซึ่งจะมีขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคที่มีผลทำให้เกิดความพิการหรือการไร้ความสามารถ (Orem, 2001) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าความสามารถในด้านต่างๆจะลดลง (ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์, 2556) การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เกิดเป็นภาวะพึ่งพา เกิดเป็นความรู้สึกไร้ค่าและนำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Fiksenbaium et al, 2005) การศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา

เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (1998) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ความสามารถในการรู้คิด คือ การตระหนักรู้ และการควบคุมการรู้คิดของตนเอง ความสามารถในการรับรู้ จดจำ โต้ตอบ การฝึกความตั้งใจ และการฝึกสมาธิ คือรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการคิดใด และสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามนั้นได้ การสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จึงก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า (Boland, 2000 ; กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, 2554) Billing and Moos (1982) อธิบายถึง การรู้คิด และการรับรู้สิ่งกระตุ้นที่ผิดปกติ ทำให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (1998) พบว่า การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) และการุญพงศ์ ภัทรามรุต (2555) ที่พบว่าการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม (Environmental resource) ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว มีรายละเอียด ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล สัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า สัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกันกับ การศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังฆ์ และคณะ (2556) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ Teri et al. (1994) อ้างถึงใน Teri et al. (1997) ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าและผู้ดูแลมี

ความสัมพันธ์กับการรักษาระดับอารมณ์ของผู้ป่วยดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3) การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Appraisal and coping responses) ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีรายละเอียด ดังนี้

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Piboon et al. (2012) ศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ($r = -0.27$, $p = .02$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการบรรเทาความไม่สบายใจ โดยบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่มาคุกคามได้ (Billing and Moos, 1982 ; Lazarus and Folkman, 1984) Piboon et al. (2012) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r= 0.45$, $p <.001$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า

4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม (Social background factor) ได้แก่ เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

เพศ คือสิ่งที่จำแนกความแตกต่างระหว่างชายกับหญิง มีการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีบุคลิกภาพเรียกร้อง พึ่งพา (Piboon et al., 2012) มักจะมองโลกในแง่ร้าย ขาดความนับถือตนเอง (Altman et al., 1980) จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ยังคงไม่เป็นที่สรุปได้แน่นอน เนื่องจาก มีบางการศึกษาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เช่นการศึกษาของ อรสา ใยยอง และคณะ (2554) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ($p=.973$) ซึ่งขัดแย้งกับกับการศึกษาของ Ricardo et al. (1995) ที่อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และ การศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p = .04) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

อายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ ปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (อรสา ใยยอง และคณะ, 2554) การศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) พบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ชนิดของโรคสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซน์เมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ (Winter et al., 2011) บางการศึกษาพบว่าชนิดของโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์ กับอาการซึมเศร้าจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) และบางการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) มากที่สุด (Enache et al., 2011) ซึ่งการเกิดอาการซึมเศร้าของโรคสมองเสื่อม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมอง ระบบการส่งสารสื่อประสาทถูกทำลาย ความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง และการสูญเสียเซลล์ประสาทในสมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลง จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Lee et al., 2012) ดังนั้นจึงสรุปว่า ชนิดของโรคสมองเสื่อมน่าจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

สมติฐานการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิดสัมพันธภาพในครอบครัว และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3. เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อมสามารถร่วมกันทำนาย ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อมในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ประชากรวิจัย ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5th edition [DSM-V]) ร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และ พฤติกรรม ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับตัว และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อาการซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง โดยระดับความรุนแรงจะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความพร่องความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประเมินได้จาก แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล (2539)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorder fifth edition (DSM-V) ร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยมีลักษณะอาการต่อไปนี้ คือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมปกติลดลง 3) ไม่มีความอยากอาหาร 4) การนอนไม่เป็นปกติ 5) มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเช่น กระวนกระวาย หรือเชื่องช้า 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล 8) สมาธิลดลง ความสามารถในการรวบรวมความคิดลดลง 9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือ ข้อ 2 ร่วมกับอาการอื่นๆ รวมเป็น 5 อาการ ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกจิตเวช อย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ณหทัย วงษ์ปการันย์ (2550) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเคารพ ยอมรับนับถือตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ โดยรับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง จะรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก ทำให้รู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ ไม่มีใครต้องการ อาจทำให้ไม่ยอมมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นส่งผลต่อความรู้สึกเรื่องการถูกยอมรับ ประเมินได้จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg’s Self Esteem Scale-RSES โดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529)

ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับส่งข่าวสาร โดยการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร ทั้งแบบวัจนภาษาและอวัจนภาษา หรือการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีโดยทักษะการสื่อสารที่ดีจะต้องประกอบไปด้วย การเป็นคนเปิดเผย ใจกว้าง การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่

สนทนา การติดต่อสื่อสารทางบวก และ ความเสมอภาคในการสื่อสาร ประเมินได้จาก แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ธีราลักษณ์ ฉิมพาลี (2546) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้อย่างอิสระประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activity Daily Living) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตภายในที่อยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การลุกนั่งจากเตียง ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity of Daily Index) ที่สร้างมาจาก Research Unit of the Royal College of Physicians initiated (1992) และปรับปรุงโดย Jitapunkul et al (1994)

ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง ความสามารถหรือสมรรถภาพของสมองที่เกี่ยวกับสติปัญญา มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ความจำ การตระหนักรู้ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การตัดสินใจ การใช้ภาษา ความตั้งใจ สมาธิ การวางแผน และการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลนี้ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สร้างมาจากแนวคิดของ Folstein et al (1975) และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน และการปฏิบัติต่อกันของคนในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับผิดชอบเรื่องต่างๆร่วมกันโดยมีหน้าที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ตามแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wikson, (1961) ที่พัฒนาโดย นัยนา อินธโชติ (2545)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหาทั้งจากภายในและภายนอกที่ได้ประเมินแล้วว่าถูกคุกคามและตอบสนองต่อความเครียดนั้น และจัดการกับปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อทำให้ปัญหาหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายลงไป ประเมินโดยแบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ปรับปรุงโดย สุภาภรณ์ สังขมรทร (2549)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหาทั้งจากภายในและภายนอกที่ได้ประเมินแล้วว่าถูกคุกคามและตอบสนองต่อความเครียดนั้น โดยบุคคลปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อบรรเทาความไม่สบายใจ แต่ปัญหานั้นยังคงอยู่ ประเมินโดย แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ปรับปรุงโดย สุภาภรณ์ สังขมรทร (2549)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปีปัจจุบันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ถ้าอายุมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี ถ้าอายุน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดออก ข้อมูลนี้ได้มาจากแบบสอบถามส่วนบุคคล

ชนิดของโรคสมองเสื่อม หมายถึง การจำแนกประเภทของโรคสมองเสื่อมตามที่สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่ Alzhiemer'disease, Alzhiemer'disease with cerebrovascular disease, Vascular dementia, Parkinson's disease dementia, Dementia with Lewy bodies, Fronto-temperal dementia และ Normal pressure hydrocephalus ซึ่งแต่ละชนิดจะมีอาการแสดงที่แตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของ สามารถจำแนกชนิดของโรคสมองเสื่อม ด้วยแบบจำแนกชนิดของโรคสมองเสื่อม โดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2555)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช เพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกมิติ ร่างกาย จิต สังคม อารมณ์ การรู้คิด และจิตวิญญาณ ของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจาก เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอสาระสำคัญเพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมร่วมอาการซึมเศร้า
    - 1.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.2 สาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.3 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.6 การรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
    - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
2. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
    - 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า
    - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
    - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า
    - 2.4 ความหมายของความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
    - 2.5 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
    - 2.6 การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (coexisting depression and Dementia)

ปัจจุบัน สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ใช้คำว่า Neurocognitive disorder แทนชื่อเดิมคือ Dementia ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ตามแนวทางจำแนกโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorder fifth edition (APA, 2013) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถด้านความจำ ทั้งความจำระยะสั้นและความจำในระยะยาว และมีความบกพร่องทางด้านการตัดสินใจ การใช้ภาษา และความคิดเชิงนามธรรม (จักกฤษณ์ สุขยิ่ง และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง ตามพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านการรู้คิด และการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอีกด้วย (Winter et al., 2011) ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในอาการทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Lyketsos et al., 2002; Lee et al., 2003; Sterkstein et al., 2008) โดยสามารถเกิดขึ้นในทุกชนิดของโรคสมองเสื่อม (Boland, 2000)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีระดับฮอร์โมน คอร์ติซอล (Cortisol) แอดรีโนคอร์ติโคทรอพิกฮอร์โมน (ACTH) คอร์ติโคโทรปิน รีลิสซิงฮอร์โมน (CRH) สูงขึ้นอย่างผิดปกติ บ่งบอกถึงความผิดปกติของ แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ซึ่งเป็นส่วนหลักของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ควบคุมการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดและการทำงานต่างๆ รวมถึงการย่อยอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน อารมณ์ ความรู้สึกทางเพศ การเก็บและใช้พลังงานของร่างกาย นอกจากนี้ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์จะสูงขึ้น (glucocorticoid) และ การสูญเสียโครงสร้างและการทำงานในระบบซีโรโทนิน ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะมีผลต่อระดับของ ซีโรโทนิน นำไปสู่อาการซึมเศร้า

สำหรับอุบัติการณ์ การเกิดโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้นมีการศึกษาพบว่า มีความชุกมากถึงร้อยละ 40-65 (Selbaek et al., 2007; Barkar et al., 2010; Knapskog et al., 2011) และจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าร้อยละ 30-50 และพบว่าอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อมจะมีอาการคล้ายคลึงกับอาการของโรคซึมเศร้า (Major depressive)

1.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถอธิบายความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ปวยโรคสมองเสื่อม ได้ดังนี้

Tekin et al. (2001) อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคสมองเสื่อม และเกิดขึ้นร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงให้โรคสมองเสื่อมแย่ลง

Moretti et al. (2002) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คืออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

Lee et al. (2003) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ อาการทางประสาทจิตเวช ที่พบมากในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

Starkstein et al. (2008) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คืออาการทางจิตเวชเกิดร่วมกับโรคสมองเสื่อม และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความพร่องความสามารถในการทำหน้าที่ ระดับการรู้คิดลดลง เกิดภาระแก่ผู้ดูแล และอัตราการตายสูงขึ้น

Enache et al. (2011) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ อาการนำซึ่งก่อให้เกิดโรคสมองเสื่อม ซึ่งสามารถเกิดได้กับโรคสมองเสื่อมทุกชนิด และทุกระยะของการดำเนินโรค

การุญพงค์ ภัทรามรุต (2555) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมาก เนื่องจากการรักษาช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และผลกระทบต่อผู้ดูแล

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2556) กล่าวว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม โดยอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ หรือเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมเอง ซึ่งเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน

สรุป อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง อาการทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของโรค เป็นปัจจัยที่ทำให้ให้โรคสมองเสื่อมแย่ลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล

1.2 สาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีผู้กล่าวถึงที่มาและสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถอธิบายดังนี้

กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์ (2554) อธิบายว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจที่ดี และต้องอยู่อย่างเดียวดาย เพียงลำพัง

Boland et al (2000) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากผลของการที่สมองถูกทำลาย

Lee and Lyketsos (2003) ได้อธิบายต้นกำเนิดของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดังนี้

1) เกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยที่มีความพร่องด้านการรู้คิด (Emotional reaction to cognitive deficits in dementia) ปัญหาด้านการปรับตัวกับอาการซึมเศร้า เนื่องจากการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอาจทำได้ยาก จึงทำให้พลาดการ

รักษา สิ่งที่จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย คือ การที่บุคคลรู้ว่าเกิดการสูญเสียความสามารถต่างๆไป ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม การประเมินอาการซึมเศร้าจะทำไม่สามารถประเมินได้ในผู้ป่วยที่พร่องการรู้คิดรุนแรง

2) เกิดจากการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Recurrence of early and Mid life major and minor depressive disorder) โดยมีการวิจัย พบว่า พบความชุกสูงในการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเกิดเป็นโรคสมองเสื่อมได้ในช่วงท้ายของการเกิดโรค (Palson and Skoog, 1997)

3) เกิดจากโรคของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดในสมองเชื่อมโยงกับโรคสมองเสื่อม และการเกิดอาการซึมเศร้า (Vascular disease associated with dementia) (Boland, 2000) สมมติฐานนี้เสนอโดย Alexopoulos et al. (1997) อธิบายว่า การมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง การมีรอยโรคในสมอง รวมไปถึงการขาดเลือดในสมอง มีความเชื่อมโยงกับ การเกิดโรคซึมเศร้า

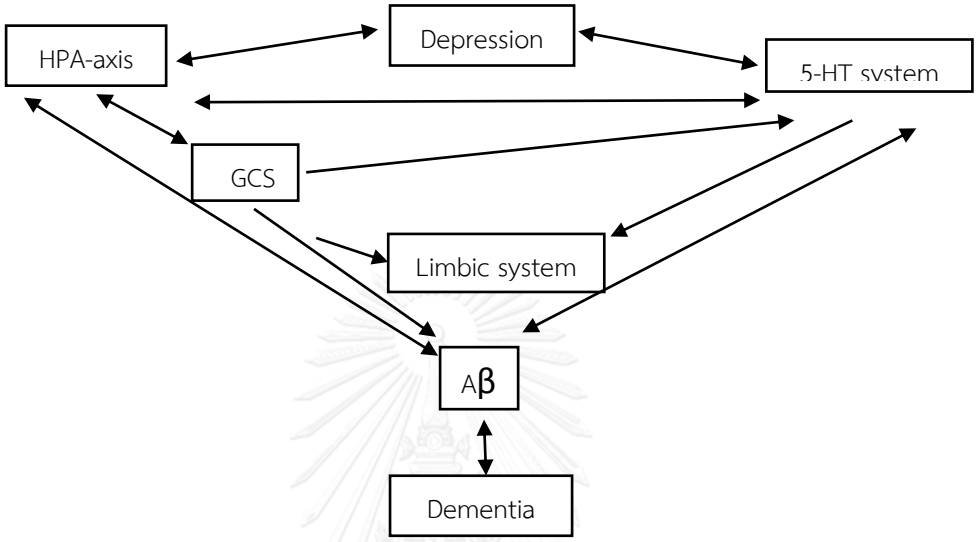
4) เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurodegenerative process of dementia causing depressive symptoms) พยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม จะพบการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียเส้นใยประสาท (Zubenko, 1992 ; Zubenko, 2000)

สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เกิดจากความผิดปกติของสมองและระบบประสาท ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยเสื่อมถอยลง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

1.3 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

การเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เกิดจาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างซีโรโทนิน (serotonine : 5-HT) ที่แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (Hypothalamus Pituitary Adrenal axis : HPA-axis) เป็นผลมาจาก ความผิดปกติของ HPA-axis และการรับ-ส่ง สารสื่อประสาทซีโรโทนิน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบลิมบิก (limbic System) เป็นผลให้เกิดการรบกวนการคิด และอารมณ์ ทำให้สมองไม่สามารถที่จัดการได้ โดยปกติระบบการทำงานของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน จะช่วยปกป้องการทำลายเซลล์ประสาทจาก แอมีลอยด์ บีตา (Aβ) ซึ่งเป็นกลุ่มของโปรตีนที่เกาะกลุ่มกันในสมอง อย่างไรก็ตาม อาการซึมเศร้าก็จำทำให้โรคสมองเสื่อมแย่ลง จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสารสื่อประสาทซีโรโทนิน และระดับที่มากเกินไปของกลูโคคอร์ติคอยส์ (glucocorticoids : GCS) ทำให้ แอมีลอยด์ บีตา (Aβ) ถูกทำลาย และความผิดปกติของเส้นใย

ประสาท (neurofibrillary) เช่นกัน เพราะการปรากฏตัวของตัวรับ สารสื่อประสาทซีโรโทนิน ในแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (HPA-axis) ตัวรับกลูโคคอร์ติคอยส์ (glucocorticoid), ตัวรับฮอร์โมนมินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) และตัวรับฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลิสซิงฮอร์โมน (corticotropin releasing hormone) ในระบบสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (5-HT) การเปลี่ยนแปลงในระบบใดระบบหนึ่งสามารถมีผลกระทบต่อสมองและอารมณ์ได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ที่มา : Sierksma et al., 2010)

1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

หลักในการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับลักษณะอาการที่พบ มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12-70 ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร (Marriam et al.,1988 and Patterson et al., 1990 อ้างถึงใน Olin, 2002) ร้อยละ 70 พบว่าผู้ป่วยจะมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่า ไม่เคารพตนเอง (Ballard et al., 1996) สรุปอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ไม่มีความสนใจในสิ่งต่างๆ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า ไวต่อการกระตุ้น พฤติกรรมเฉื่อยชา กระวนกระวาย หมดแรง ไร้กำลัง นอนหลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซึ่งพบมากถึงร้อยละ 45 (Olin, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของ DSM-V ในปัจจุบัน The National Institute of Mental Health Convened The Depression of Alzheimer's Disease Workgroup (NIMH-dAD) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิอัลไซน์เมอร์ ดังนี้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า หรือมีความรู้สึกไม่พอใจ เพียง 1 อาการ หรือมีอาการต่อไปนี้ 3 อาการขึ้นไป (หรือมากกว่านั้น) อยู่นาน 2 สัปดาห์ (Olin, 2002) ได้แก่

1) มีอารมณ์ซึมเศร้า

2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมปกติลดลง

3) ไม่มีความอยากอาหาร

4) การนอนไม่เป็นปกติ

5) มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเช่น กระวนกระวาย หรือเชื่องช้า

6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล

8) สมาธิลดลง ความสามารถในการรวบรวมความคิดลดลง

9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย

10) มีพฤติกรรมแยกตัว

11) ไวต่อการกระตุ้นหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่าย

จากการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ The National Institute of Mental Health Convened The Depression of Alzheimer's Disease สามารถเห็นความแตกต่างของโรคซึมเศร้า และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างโรคซึมเศร้ากับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ที่มา : Olin, 2002)

	Major depressive episode	Depression in Alzheimer's disease
Number of symptoms required	5 อาการ (หรือมากกว่า) อยู่นาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงอากาเปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อน	3 อาการ (หรือมากกว่านั้น) อยู่นาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน
Symptoms	(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้มาจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลง หรือกินจุน้ำหนักเพิ่มขึ้น > ร้อยละ 5 ใน 1เดือน (4) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากกว่าปกติ (5) Psychomotor agitation หรือ retardation (6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด (8) สมาธิลดลงหรือลังเลใจ (9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย	(1) มีอารมณ์ซึมเศร้า (2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมปกติลดลง (3) ไม่มีความอยากอาหาร (4) การนอนไม่เป็นปกติ (5) มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น กระวนกระวาย หรือเชื่องช้า (6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล (8) สมาธิลดลง ความสามารถในการรวบรวมความคิดลดลง (9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย (10) มีพฤติกรรมแยกตัว (11) ไวต่อการกระตุ้นหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่าย
Physiological rule-out	อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากอาการทางกาย เช่นโรคไทรอยด์ และการใช้สารเสพติด	อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากอาการทางกายและการใช้สารเสพติด
Function impairment	อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน	อาการเหล่านี้ทำให้เกิดการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป

จากตารางจะเห็นได้ว่า ความแตกต่างของโรคซึมเศร้า (Major depressive) กับอาการซึมเศร้า (coexisting depression and Dementia) ที่เห็นได้ชัดคือ จำนวนอาการที่เกิดขึ้น กล่าวคือ สำหรับโรคซึมเศร้า เกณฑ์การวินิจฉัยจะพบอาการแสดง 5 อาการขึ้นไป และอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากเดิม ซึ่งอาการต่างๆจะส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างชัดเจน ส่วนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบเพียง 3 อาการขึ้นไปโดยระยะเวลาของการมีอาการนั้น คือ 2 สัปดาห์เช่นกันร่วมกับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป

1.5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม มีข้อมูลว่าในปัจจุบันการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะนั้นมีแบบสอบถามเพียง 1 ชนิด คือ แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือ Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแบบสอบถามนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.5.1. Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) สร้างขึ้นโดย Alexopoulos et al. (1988) มีการทดสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2550) โดยฉบับภาษาไทยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพบว่ามีค่าความเที่ยง (reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha 0.82 และ 0.85 สำหรับแบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตามลำดับ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา แต่ละข้อจะมีคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน (0= ไม่มี, 1= เล็กน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ, 2= รุนแรง) โดยการใช้แบบสอบถามให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล แล้วเปรียบเทียบคะแนนที่ได้ จากผู้ป่วยและผู้ดูแล ถ้าคะแนนมี ความเห็นไม่ตรงกันให้เอาคะแนนของผู้ที่เชื่อถือได้มากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ เป็นผู้ประเมิน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คะแนน 0-5 หมายถึง absence of depression 6-10 หมายถึงsuggestive of depression 11-18 หมายถึง probable major depression 19-27 หมายถึง definite major depression แบบสัมภาษณ์ Cornell Scale for Depression in Dementia : CSDD ฉบับภาษาไทย ผลรวมของคะแนนถ้าได้สูงกว่า 9 คะแนนบ่งบอกว่าน่าจะมีโรคซึมเศร้า คะแนนสูงกว่า 11 คะแนนบ่งบอกว่ามีโรคซึมเศร้าอย่างแน่นอน คะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ไม่น่าจะมีอาการซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญ (ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2556)

1.6 การรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สำหรับการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การรักษาแบบใดที่เฉพาะเจาะจง (Enache et al., 2011) แต่มีนักวิจัยแนะนำว่าการรักษามีความคล้ายคลึงกับการรักษาของโรคซึมเศร้าทั่วไป (Major depressive) (Lyketso & Lee, 2004; พิชัย อัฏฐสกุล, 2555) ดังนี้

1.6.1 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลควรรับไว้ในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายตนเอง หรือผู้อื่น โดยต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก ไม่กินอาหาร ผอมลงมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1.6.2 การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามการดำเนินโรค

1.6.2.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป้าหมายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมี remission และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ยาที่ใช้รักษา ได้แก่ ยาต้านเศร้า ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ fluroxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำกว่ายากลุ่ม tricyclic ในระยะนี้ยาต้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

1.6.2.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการรักษาระยะต่อประมาณ 6 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว โดยให้ยาขนาดเดียวกับการรักษาในระยะเฉียบพลัน เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนผู้ป่วยเกิดโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง

1.6.3 การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาในระยะนี้เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำ โดยพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจะเกิดการกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจาก remission ซึ่งควรพิจารณาให้การป้องกันแบบระยะยาว

1.6.4 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หลังจากนั้นรักษาต่อด้วยยา

1.6.5 จิตบำบัด

1.6.5.1 Cognitive behavioral therapy : CBT เป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขหรือปรับความคิด และการปรับพฤติกรรมในทางลบ ของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น ซึ่งพบว่าช่วยป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำ

1.6.5.2 Interpersonal therapy เป็นการช่วยแก้ไขเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น ซึ่งมุ่งเน้นปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นในปัจจุบันมากกว่าการแก้เรื่องราวในอดีต

1.6.5.3 Short-term psychodynamic psychotherapy หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapyแต่ระยะเวลารักษาไม่นานเกิด 6 เดือน

1.6.5.4 Marital therapy และ family therapy เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง และครอบครัว ภายใต้พื้นฐานที่ว่า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และครอบครัวจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้นมีความยุ่งยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งทางร่างกาย และจิตใจ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเข้าถึงสาเหตุและปัจจัย ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาอย่างสูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (จักรฤษณ์ สุขยิ่ง, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ายังไม่มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

1.7.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ความบกพร่องด้านพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงความสำคัญกับการดูแลองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล (กัมมันต์ พันธ์จินดา, 2543) ดังนี้

1.7.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพสมอง การประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถในการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล

1.7.1.2 การวางแผนการพยาบาล ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง ทีใสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

1.7.1.3 การสนับสนุนกำลังใจ คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย และช่วยให้กำลังใจ แนะนำแนวทางช่วยเหลือเพื่อคลายความวิตกกังวล

1.7.1.4 การให้ความรู้แก่ญาติ หรือผู้ดูแล ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคสมองเสื่อม และการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อลดความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วย สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การดูแลทางกาย

1.1 การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

1.1.1 การรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสภาพบรรยากาศในการรับประทานอาหารรวมทั้งเวลาในการรับประทานอาหาร ต้องมีการกระตุ้นและบอกวิธีการรับประทานอาหารค่อยๆ การกลืน และควรจัดอาการครบตามหลักโภชนาการ และการดูแลการรับประทานยา ควรใช้อุปกรณ์จ่ายยาสำหรับรายวัน เพื่อควบคุมการใช้ยาและเพื่อให้รับประทานยาได้ด้วยตนเองมากขึ้น

1.1.2 การแต่งตัว ควรเตรียมเสื้อผ้าให้ใส่ง่ายสบาย และควรมีสถานที่แต่งตัวเดิมทุกครั้ง

1.1.3 การอาบน้ำ ควรอาบน้ำด้วยฝักบัวเพื่อความสะดวก ควรมีราวเหล็กข้างผนังเพื่อกันหกล้ม และมีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ผ้ายางกันลื่น และควรดูแลอุณหภูมิของน้ำไม่ให้ร้อนจนเกินไป

1.1.4 การขับถ่าย ควรจัดเวลาขับถ่ายให้ตรงกันทุกวัน และอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟ มีกระโถนใกล้เตียง เป็นต้น

1.1.5 การนอน ควรจัดเวลาการนอนให้คงที่หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบได้ และในช่วงกลางวันควรหากิจกรรมให้ทำ เช่นเดินเล่น อ่านหนังสือ เป็นต้น

1.2 การดูแลเกี่ยวกับการสูญเสียความทรงจำ และทักษะด้านต่างๆ

1.2.1 การลืมตารางนัดหมาย และสถานที่คุ้นเคย ควรจัดทำกระดานบอกเวลาและเน้นย้ำ วันที่ เวลา ให้ผู้ป่วยทุกวัน และมีสมุดพกเพื่อช่วยจำได้

1.2.2 การรับรู้บกพร่อง สับสน หลงลืม ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับทราบเสมอว่าเป็นเวลา กลางวัน กลางคืน รวมถึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมือนเดิม เช่น วางของที่เดิม โดยเฉพาะสิ่งของที่ใช้เป็นประจำ

1.2.3 การสูญเสียทักษะด้านต่างๆ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ การหุงหาอาหาร เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถให้ได้ยาวนานที่สุด

2. การดูแลทางสังคม

2.1 การดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักมีอาการหลอน หรือหลงผิดร่วม ดังนั้น พยาบาลต้องยอมรับได้ ควรมีท่าทีการพูดคุยที่เหมาะสม พยายามสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

2.2 การถามซ้ำ ควรเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่

ควรย้อนกลับหรือถามซ้ำ หากมีความกังวลเรื่องเวลา ควรมีการวางแผนการทำกิจกรรมเพื่อให้ถึงเวลาจริง

2.3 การเดินหลงทาง ควรทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอก ทิศทางเกี่ยวกับห้องน้ำ หรือห้องอื่นๆ ภายในบ้าน ถ้าภายนอกบ้านควรมีบัตรประจำตัวไว้ในกระเป๋าเสื้อ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการช่วยเหลือพากลับบ้าน

2.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม กระตุ้นให้ทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือชมรมต่างๆ รวมถึงการไปกับครอบครัว

2.5 การสื่อสาร ควรสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ใช้ภาษาง่ายๆ ใช้ภาษากายร่วมด้วยเช่น การจับมือ สบตา ยิ้มแย้ม และควรเรียกชื่อทุกครั้ง

3. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักมีภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งอาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด จากการทบทวนกรรณกรรมพบว่า แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้น ยังคงเป็นแนวทางการพยาบาลแบบเดียวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ปฏิบัติการพยาบาล โดยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า ยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงสภาพจิตสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประการ (American Psychiatric, 2000) ได้แก่

1. ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากจะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรสังเกตจากพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัย เพื่อจะช่วยเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น ดังนี้

1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส

1.2 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันมากขึ้น

1.3 ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ยาที่ใช้รักษาควรให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บยาสะสม

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว และ ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายเพิ่มมากขึ้น

1.5 ลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การลดความรู้สึกผิด และตำหนิตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.6 สร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

2 ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปลอดภัยจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ดังนี้

2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความภาคภูมิใจของผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1 ให้ผู้ป่วย ทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ห่วงใย โดยพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและมีการแสดงต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พูดคุย ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ เพื่อทำประเมิน และให้ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิตของผู้ป่วยบ้าง ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง ความสูญเสียต่างๆ เนื่องจากการระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอึดอัดใจ ความกระวนกระวายใจ และจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.1.3 รับฟังความคิดเห็น และการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความเครียดมากขึ้น พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพูด และทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยตนเอง หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นโดยไม่จำเป็น

2.1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่นการพูดคุยกับเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งที่ดีในชีวิต

2.2 ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2.2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา เพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น

2.2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทราบถึงสาเหตุของอาการซึมเศร้า และการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

2.2.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้พูดคุยและระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

2.2.4 ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆของครอบครัว และสังคม

2.2.5 อธิบายให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติ เรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และการปรับตัวที่เหมาะสม รวมไปถึงวิธีการลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

2.2.6 อธิบายให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า และความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3 ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เนื่องจากธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มักจะไม่สนใจดูแลตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ดังนี้

3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ

3.2 ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการณ์บวมและติดตามโภชนาการ

3.3 จัดให้มีกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และนอนหลับที่ดี

3.4 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สะอาดและเหมาะสม เพื่อจิตใจสดชื่นช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

3.5 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสุขสบายขึ้น และจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

3.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและการบำบัดในรูปแบบต่างๆ เช่น รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และยังมีแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยย้อนมาทบทวนปัจจัยการเกิดปัญหาต่างๆในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัว (อรพิน คำโต, 2554) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพลภาพ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) เพื่อแสวงหาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตในปัจจุบันให้มากที่สุด

2. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า

Beck et al. (1979) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ของบุคคลที่มีต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม โดยความคิดทางลบเหล่านั้น มักจะมีลักษณะเนื้อหาที่บิดเบือนไปจากความจริง คือ ด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) บุคคลจะเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) แปลความเกินพื้นฐานความจริง (Overgeneralization) ขยาย หรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) คิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าการคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

WHO (2012) อธิบายความหมายของอาการซึมเศร้า ว่าเป็นความผิดปกติอารมณ์มีความเศร้าโศก รู้สึกผิด โทษตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อ่อนล้าหมดแรง ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ และการทำกิจวัตรประจำวัน

ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี (2554) กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเป็นอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว เชื่องช้า มีความคิดในทางด้านลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง และลงโทษตนเอง หรือมีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เชื่องช้าลงหรือลดน้อยลง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวถึงอาการซึมเศร้าว่า เป็นการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างชัดเจน โดยแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีการปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และมีความคิดอยากตาย

สรุป อาการซึมเศร้าหมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปทางแง่ลบ โดยมีการแสดงอารมณ์เศร้าโศก มีความคิดอยากตาย แยกตัว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน

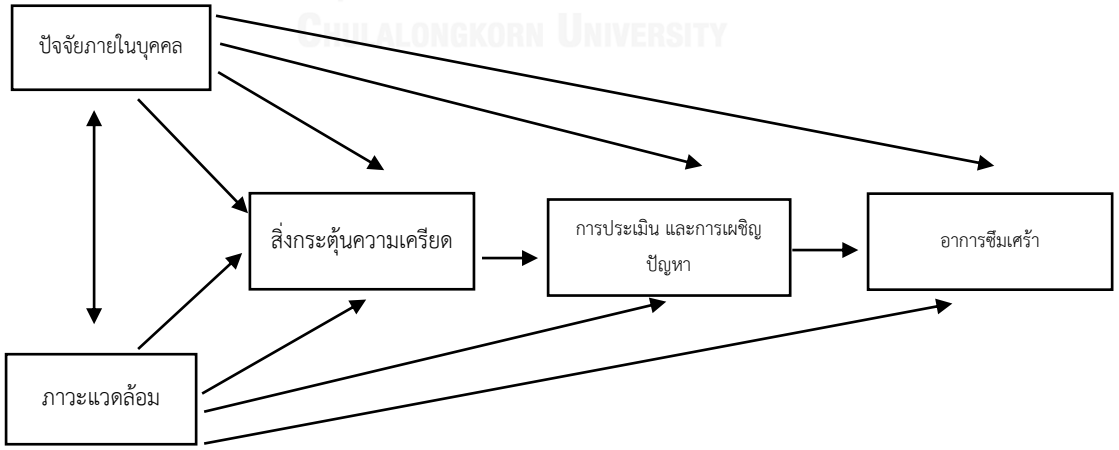
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

แนวคิดปัจจัยผสมผสาน (An Integrative Framework) ของ Billing and Moos (1982) อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลมาจาก เหตุการณ์ความตึงเครียด ซึ่งมาจากปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะแวดล้อม โดยเกี่ยวข้องกับการประเมิน และ การเผชิญปัญหา ซึ่งการเผชิญปัญหานั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ที่จะปรับตัวได้หรือไม่ เหตุการณ์ความเครียดที่มาจากปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม การมีเหตุการณ์กระตุ้นเพิ่มเติม เช่น การสูญเสียคนรัก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือการมีความเครียดในหน้าที่การงาน ปัญหาการหย่าร้าง และการเจ็บป่วยทางร่างกาย เหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นความเครียดทั้งสิ้น

Billing and Moos (1982) อธิบายว่า ตัวกระตุ้นความเครียดมาจากบุคคล และภาวะแวดล้อม โดยเมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้น บุคคลจะตีความเหตุการณ์นั้น และใช้กระบวนการในประเมินปัญหา และการเผชิญปัญหา ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการปรับตัว หากกระบวนการบกพร่อง หรือถูกรบกวนด้วยปัจจัยต่างๆ ผลที่ตามมาคืออาการซึมเศร้าเมื่อมีตัวกระตุ้น บุคคลจะเกิดกระบวนการประเมิน และตอบกลับโดยการเผชิญปัญหา หากมีความบกพร่องในกระบวนการนี้ จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า กระบวนการนี้มีแหล่งที่มาด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก ด้านบุคคล เช่น การมีความเคารพตนเองสูงจะลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความสามารถในการประเมินและเผชิญปัญหา และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี นอกจากนี้ ที่มาด้านบุคคลยังมีความเชื่อมโยงกับที่มาด้านภาวะแวดล้อม ด้านการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังภาพที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



ภาพที่ 2 An Integrative Framework (ที่มา : Billing and Moos, 1982)

2.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า Billing และ Moos (1982) อธิบายไว้ว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยที่ผสมผสานกัน ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

2.2.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Personal resource) กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลในการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านจิตใจ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียด องค์ประกอบย่อยของที่มาด้านบุคคลเกี่ยวเนื่องกับความมีความคาดหวังในตนเอง การรู้คิด รวมไปถึงทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่ออาการซึมเศร้าโดยตรงและทางอ้อมได้โดย หากบุคคลมีความสามารถที่ลดตัวกระตุ้นและมีการสนับสนุนทางสังคม หรือภาวะแวดล้อมที่ดี ร่วมกับมีการเผชิญปัญหาที่ดีก็ทำให้เกิดความเครียดน้อยลง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านนี้ ได้แก่ ความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบแผนการคิด และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

2.2.2.2 ภาวะแวดล้อม (Environmental resource) กล่าวถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีสัมพันธ์อันดีในครอบครัว การมีการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดี การมีการแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคิดที่ดี และการมีบทบาททางสังคมตามที่คาดหวังไว้ จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้าในองค์ประกอบนี้เกี่ยวเนื่องกับ การสนับสนุนทางครอบครัว ซึ่งกล่าวถึงสถานภาพสมรส โดยบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า สถานะภาพโสด หรือหย่าร้าง การสนับสนุนทางการงาน บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งการงานที่สูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านนี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัว และหน้าที่การงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

2.2.2.3 การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Appraisal and coping responses) เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภาวะแวดล้อม และการเผชิญหรือการสนองตอบต่อปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ อธิบายได้โดย Billing และ Moos (1982) กล่าวว่าบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และ การมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียดไว้

2.2.2.4 ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม (Social background factor) ในส่วนของภูมิหลังทางสังคมนี้จะเกี่ยวเนื่องกับ สถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และเพศ หากสถานะทางสังคมไม่ดี จะเป็นตัวกระตุ้นความเครียดนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านนี้ ได้แก่ อายุ เพศ

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (Personal resource) ลักษณะเฉพาะของบุคคลในการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านจิตใจ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียด ได้แก่ ความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบแผนการคิด และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นต้น 2) ภาวะแวดล้อม (Environmental resource) กล่าวถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดี การมีการแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคิดที่ดี และการมีบทบาททางสังคมตามที่คาดหวังไว้ จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัว และหน้าที่การงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นต้น 3) การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Appraisal and coping responses) เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภาวะแวดล้อม และการเผชิญหรือการสนองตอบต่อปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และเพศ เป็นต้น หากสถานะทางสังคมไม่ดี จะเป็นตัวกระตุ้นความเครียดนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า

2.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.3.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (biological theories of depression)

2.2.3.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) อธิบายว่า อาการซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสารชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากการศึกษาของผู้วิจัยหลายคน พบว่าอาการซึมเศร้ามีสาเหตุจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยมีสารสื่อประสาท คือ Acetylcholine Serotonin Dopamine Norepinephrine ลดลงจากเดิม ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการลดลงของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ Catecholamine ซึ่งมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Frisch and Frisch, 2002; Varcarolis, 2002)

2.2.3.1.2 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (genetic theory) คือ ความบกพร่องทางพันธุกรรม จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2542) ฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกันจะมีโอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 70-80 แต่ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ หรือเป็นพี่น้องที่ไม่ใช่ฝาแฝด มีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจะพบประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวร่วมด้วย (Hughes, 1997)

2.2.3.1.3 ประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) แนวคิดนี้อธิบายว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโดยใช้วิธี DST

(Dexamethasone Suppression Test) พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Glucocorticoils ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Akiskal, 2000) ส่วนผู้สูงอายุหญิงการสร้าง Estrogen และ Progesterone ลดลง มีผลทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวย่น ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง อารมณ์ผู้หญิงในช่วงนี้มักจะผิดปกติไปด้วยบางคนหงุดหงิดอารมณ์เสียง่าย บางคนมีอาการซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า Niti et al. (2007) ศึกษาอาการซึมเศร้าและการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเอเชียพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง

2.2.3.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theories of depression)

2.2.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากความคับข้องใจที่ ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลของ superego ที่เป็นคุณธรรม เป็นความรับผิดชอบชั่วดี ของบุคคล เมื่อไม่สามารถแสดงออกได้ตามความคาดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกลียดตัวเอง เปลี่ยนเป็นความโกรธ ก้าวร้าว และนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าในที่สุด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ในวัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต หากผู้สูงอายุนึกถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น จะมีความรู้สึกเป็นทุกข์ ผิดหวังในชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุต้องทนอยู่กับความผิดหวังซึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

2.2.3.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (learned helplessness theory) อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกว่าหมดหนทาง ทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ตำหนิตนเอง จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่าง เช่น ประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตในด้านลบ หรืออาจเกิดจากการถูกลงโทษ การพ่ายแพ้ ล้มเหลวหรือสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้ หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไร ก็จะไม่เป็นผลสำเร็จ จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความรู้สึกไร้ประโยชน์หรือไม่มีพลังในตนเองจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในอดีต ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Frisch and Frisch, 2002; Varcarolis, 2002)

2.2.3.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผล ของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (lowself-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบในชีวิตยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และมุ่งเน้นที่ตนเอง (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเอง (self-criticism) มากขึ้นและคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) และ

บกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Garber, 2000) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองสิ่งรอบๆ ตัวเป็นสิ่งยากลำบากเต็มไปด้วยอุปสรรค และหมดความหวังในอนาคต จะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าได้

2.2.3.2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (life events and stress theory) พบว่าบุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามักจะเกิดจากเหตุการณ์สะเทือนใจต่างๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสียชนิดต่างๆ การพลัดพรากจากกัน ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด และความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ อาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัว (Garber, 2000)

2.2.3.2.5 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) Beck et al. (1979) ได้กล่าวถึงสาเหตุ 2 ประการ ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า คือ การประสบภาวะวิกฤตในชีวิตและการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงทำให้มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ โรคอัมพาต การสูญเสียการมองเห็น และการได้ยิน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก ญาติหรือคนใกล้ชิด การต้องออกจากงาน การประสบความสูญเสียหลายอย่างในช่วงเวลาสั้นๆ การเผชิญกับสิ่งที่คุกคามความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น เจ็บป่วยต้องใช้จ่ายเงินมาก ไม่มีทางรักษาหรือรักษาแล้วไม่ดีขึ้น ขาดที่พึ่งขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ประกอบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มองตนเองเป็นคนไร้ค่ามองสิ่งรอบๆ ตัวเป็นสิ่งยากลำบากเต็มไปด้วยอุปสรรค และไม่มีความหวังในอนาคตจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในชีวิต เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Beck, 1976; Beck et al., 1979)

จากทฤษฎีปัญญานิยม Beck et al (1979) ได้เสนอรูปแบบความคิดที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive error or faulty information processing) ดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ การมองตนเองในทางลบ มองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาด ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้าง ทางความคิด (schema) แบ่งออกเป็น การแปรความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคล จะปรับเปลี่ยนได้ดีหรือบิดเบือน (adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัว สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyn-cratic)

3. ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบด้านเดียว (selective abstraction) การคิดและการแปรความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก (Beck et al., 1979)

องค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจร (Beck, 1967; Beck et al., 1979)

2.4 ความหมายของความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

Christmas (1990) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การแสดงออกของอาการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อความยากลำบากในการปรับตัวของผู้ป่วย

Phipps (1995) อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร (2545) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

Kennard (2011) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจะประเมินได้จากความหลากหลายและจำนวนของอาการที่ปรากฏ ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ เบื่ออาหาร อ่อนล้า หมดแรง เซื่องซึม กระวนกระวาย รู้สึกผิด มีความคิดอยากตาย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

สรุปว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับตัว และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

2.5 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสามารถแบ่งโดยพิจารณาจากอาการแสดงและการสูญเสียหน้าที่ การงานกิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทที่สำคัญอื่นๆ ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผู้แบ่งระดับความรุนแรงไว้ 3-4 ระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Beck และคณะ (1967) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของอาการซึมเศร้า โดยจำแนกตามความแปรปรวน 4 ด้าน ได้แก่ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ และความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรรม ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) มีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.1 ความแปรปรวนด้านความคิด ผู้ป่วยจะไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง และจะเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นโดยคิดว่าตนเองต้อยต่ำ หรือด้อยกว่าผู้อื่น มองโลกในแง่ร้าย

1.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ความกระตือรือร้นในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆลดลง มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ร้องไห้ง่าย

1.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ผู้ป่วยหลีกเลียงการพบปะสังสรรค์ มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน แต่ยังคงดำเนิชดีวิตได้ตามปกติ

1.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง การนอนหลับเปลี่ยนแปลง ความอยากอาหารลดลง

2. อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีอาการและอาการแสดง ดังนี้

2.1 ความแปรปรวนด้านความคิด ผู้ป่วยมักมองอนาคตของตนอย่างสิ้นหวัง คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว โทษตนเอง วิตกกังวลเกินกว่าปกติ

2.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์ซึมเศร้าในช่วงเช้า มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ร้องไห้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง

2.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นในการทำกอจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือ แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดเกี่ยวกับการตาย

2.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร การนอนหลับเปลี่ยนแปลไป อ่อนเพลีย หมดกำลังไม่อยากทำกิจกรรมใด

3, ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) มีอาการและอาการแสดง ดังนี้

Chulalongkorn University

3.1 ความแปรปรวนด้านความคิด ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวในชีวิต เป็นคนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ และมีความคิดว่ามีตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม

3.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง รู้สึกทุกข์ทรมานใจตลอดเวลา เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า รังเกียจตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

3.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ผู้ป่วยรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ ทุกข์ทรมานกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่

3.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม ผู้ป่วยมักจะอ่อนเพลียจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ การนอนหลับเปลี่ยนแปลงอย่างมากสามารถนอนได้เพียงวันละ 4-5 ชั่วโมง เบื่ออาหารอย่างมากจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้เลย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) อธิบายว่าอาการซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยการประเมินความเปลี่ยนแปลง 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีระวิทยา (physiological) ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นอาการซึมเศร้าที่เกิดหลังจากการที่บุคคลผิดหวังในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยจะแสดงอาการหงุดหงิด เศร้าใจ ร้องไห้ หมกมุ่นอยู่กับควาผิดหวัง อ่อนล้า

2. อาการซึมเศร้าระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอาการซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและเพิ่มมากกว่าระดับแรก โดยบุคคลจะมีความรู้สึกหมดหวัง โกรธ วิตกกังวล มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว หมกมุ่นกับสิ่งที่ผิดพลาดหรือสูญเสีย คลื่นไส้อาเจียน กินมากหรือน้อยไปกว่าปกติ

3. อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) เป็นอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นและแสดงอาการผิดปกติคือ บุคคลเริ่มมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง เคลื่อนไหวช้า ขาดปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว มีความคิดทำร้ายตนเองกรือคิดฆ่าตัวตาย ขาดสมาธิ การนอนหลับเปลียนแปลง การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ความสนใจทางเพศลดลง มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วย

4. อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอาการซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นโดยแสดงอาการผิดปกติมากขึ้น คือบุคคลจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความรู้สึกยินดียินร้ายกับสิ่งต่างๆรอบตัว แยกตัวพฤติกรรมถดถอย ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายคิดว่ามีคนต่อว่า คิดร้ายต่อตนเอง ไม่มีสมาธิ มีความคิดฆ่าตัวตาย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ น้ำหนักตัวลดลงอย่างชัดเจน อารมณ์เปลี่ยนแปลงในระหว่างวัน

สรุป ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับตัว และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง โดยระดับความรุนแรงจะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความพร่องความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

2.6 การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

การประเมินอาการซึมเศร้านั้น มีผู้ทำการศึกษาสร้าง และพัฒนาเครื่องมือจากอาการ และอาการแสดง โดยแบ่งตามลักษณะของการประเมินได้ 2 ประเภท ได้แก่ 1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer และ observer rated scale) และ 2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

2.6.1 ประเภทที่ 1 แบบวัดอาการซึมเศร้าโดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ประเมิน

2.6.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D] สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 จุดประสงค์คือ ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ในการทำนายติดตามประเมินผลการรักษา (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2544) มีข้อคำถาม 24 ข้อ ต่อมีการปรับปรุงให้มีคำถาม 21 ข้อ ใชวัดอาการซึมเศร้า 17ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ (Haminton,1967,1969) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 0-2 คะแนน ได้แก่ ไม่เลย (0) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1) รุนแรง (2) ทั้งหมด 8 ข้อ และ 0-4 คะแนน ได้แก่ ไม่เลย (0) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2) ปานกลางถึงรุนแรง (3) และ รุนแรงมาก (4) คะแนนรวมทั้งหมด 52 คะแนน แบ่งเป็น 0-7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก มากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D] ฉบับภาษาไทยมีค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha (ค่าความสอดคล้องภายใน) มีค่าเท่ากับ .738 และค่า Spearman correlaton coefficient (ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากแบบวัด) เท่ากับ -.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมกับการใช้วัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2.6.1.2 Montagomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี่ และแอสเบอร์ก (Montagomery & Asberg, 1979) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและ

เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกลธ์ และคณะ (2539) มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ เหมาะกับการประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนนคือปกติ 15 คะแนน คือ ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนนคือ ซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนนคือซึมเศร้ารุนแรง 44 คะแนนขึ้นไปคือรุนแรงมาก แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น .80 เหมาะกับการใช้วัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

2.6.2 ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งนิยมใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.6.2.1 Beck Depression inventory [BDI] พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Beck ในปี 1961 ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตบำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อ และในปี 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปี 1996 ได้ออกแบบประเมินใหม่ คือ BDI-II ซึ่งปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV แบบประเมินนี้สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยมประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ และแปรผลเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 63-248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มนักเรียน จำนวน 91-568 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.82-0.92 แบบประเมินนี้ได้มีการพัฒนาเป็นคำถามเกี่ยวกับทางด้านจิตใจและร่างกาย เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย ประเมินซ้ำได้ ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงปกติ อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2.6.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1965) พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของยา เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุม การทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนแต่

ละข้อเป็น 1-4 คะแนน ตะแนนรวม 0-80 คะแนน แบบประเมินนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split-half) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และประเมินในชุมชนจำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79

2.6.2.3 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidermologic Studies Depression Scale [CES-D] พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า เกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (Cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affect feelings) ด้านพฤติกรรม (Behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Somatic disturbance) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต หรือเป็นผลมาจากอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 0-3 คะแนน 0-60 คะแนน คะแนนรวม 16 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติทางจิตหรือไม่

2.6.2.4 Thai Geriatric Depression Scale [TGDS] หรือแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปี 2537 มีรากฐานมาจาก Yasavage et al (1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ (2535) แบบประเมินนี้เหมาะในการใช้ในการแยกโรคและภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตเวช จาก 14 สถาบันทั่วประเทศได้ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นมาจาก Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบวัดที่สะดวกเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้นมีความตรงสูงและเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 20 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามลำดับความรุนแรงของโรค เนื่องแบบประเมินนี้เหมาะกับผู้สูงอายุ ในการตอบคำถามสั้นและเข้าใจง่าย มีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ผ่านการทดสอบความแม่นยำและความสอดคล้องภายในแล้ว พบว่า ค่า Internal reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นตรงของแบบวัดเมื่อเทียบกับ Global Assessment scale พบว่ามีค่า Spearman’s correlation coeffient = -.8239 ความสอดคล้องภายในของแบบวัดมีค่า standard conbach’s alpha coefficient = 0.7380

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

การคัดสรรตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการศึกษาแนวคิดปัจจัยผมผสาน (An Integrative Framework) ของ Billing and Moos (1982) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายรายละเอียดของตัวแปร ดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Personal resource) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล มีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีบางงานวิจัยใช้คำว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง Maslow (1970) และ Coopersmith (1984) อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือการประเมินคุณค่าด้วยตนเอง สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เป็นคำว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ประกอบไปด้วย การยอมรับนับถือในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และ ความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม และมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

Maslow (1970) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการรับรู้ต่อตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ การรับรู้สัมพันธภาพที่ตนเองมีต่อบุคคลอื่น

Coopersmith (1984) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ตนเองของบุคคล ซึ่งแสดงออกได้ใน 2 ลักษณะคือการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีอำนาจในตนเอง

วไลพรรณ เอี่ยมกมล และคณะ (2556) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลและสังคมรอบข้างและมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง

คานธีชา บุญยาว (2554) กล่าวว่า ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเคารพ และยอมรับนับถือบุคคลที่มีต่อตนเอง ความเชื่อและความมั่นใจว่าตนมีคุณค่า โดยตัดสินคุณค่าในตนเอง จากการประเมินในเรื่องของความสามารถ ที่มีอยู่ ความสำคัญ การประสบความสำเร็จ และใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายโดยได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม

จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล (2544) กล่าวว่า ความรู้สึกคุณค่าในตนเองของบุคคลแสดงออกทางบุคลิกภาพ โดยที่บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีบุคลิกภาพและสุขภาพจิตในทางบวก ส่วนบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีบุคลิกภาพและสุขภาพจิตในทางลบ ผู้สูงอายุที่องค์ประกอบต่างๆ ของการเห็นคุณค่าในตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง จะรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก ทำให้รู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ ไม่มีใครต้องการ อาจทำให้ไม่ยอมมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีผลต่อความรู้สึกเรื่องการถูกยอมรับด้วย

สรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเคารพ ยอมรับนับถือตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ โดยรับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง จะรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก ทำให้รู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ ไม่มีใครต้องการ อาจทำให้ไม่ยอมมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นส่งผลต่อความรู้สึกเรื่องการถูกยอมรับ

3.1.1.1 แนวคิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ (self concept) โดยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเพียงมิติหนึ่งของโครงสร้างอัตมโนทัศน์ ได้แยกออกเป็น 2 มิติ คือ

1. Cognitive self (การตระหนักรู้ด้วยตนเอง) เป็นความรู้ ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากบทบาทของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็นพ่อ แม่ เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่บุคคลได้จากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร การรับรู้นำไปสู่อัตมโนทัศน์ของบุคคล

2 Evaluative self (การประเมินตนเอง) เป็นการตนเองของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือคนอื่น เพื่อที่จะให้ตนเองรู้ว่าเขามีคุณค่า หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองมากหรือน้อยเท่าใด การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าการที่บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไร ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

3.1.1.2 องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Maslow (1970) อธิบายว่า ความต้องการการเห็นคุณค่าในตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความต้องการการมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือการประเมินคุณค่าด้วยตนเอง ความต้องการส่วนนี้ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ ได้แก่ การมีจุดเด่น (Strength) ผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ความสามารถที่เหมาะสมต่อสภาพการณ์ต่างๆ (Adequacy) การบรรลุเป้าหมาย (Matery and Competency) ความเชื่อมั่น (Confidence) การพึ่งตนเองและความมีอิสระ (Independence and Freedom)

2. ความต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น เป็นความต้องการที่มาจากการตัดสินคุณค่าจากผู้อื่น เช่นการเป็นที่ยอมรับ ได้รับความสนใจ ให้ความสำคัญหรือเป็นที่ชื่นชอบ

Coopersmith (1984) ได้แบ่งองค์ประกอบพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลไว้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. Significance (ความสำคัญ) คือการที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในการได้รับการยอมรับ อย่างเหมาะสม และความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลอื่นและความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

2. Competence (ความสามารถ) คือ การที่บุคคลได้มองเห็นถึงความมีคุณค่าจากผลของการกระทำที่ได้รับ คุณความดีที่บุคคลปฏิบัติ และความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ

3. Virtue (คุณความดี) คือการที่บุคคลได้ ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ตามค่านิยม ของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรม และศีลธรรม โดยการรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มีความพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

4. Power (พลังอำนาจ) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตผู้อื่นและต่อเหตุการณ์ต่างๆรอบตัวคือการที่บุคคล มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตน ว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และมีความสามารถเพียงพอในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมาย

นอกจากองค์ประกอบ 4 ด้านที่ Coopersmith (1984) กล่าวไว้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถยังแบ่งได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านทั่วไป คือ ความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และการกระทำ ตลอดจนมีความพอใจในภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งหวังของตน

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความรู้สึกที่บุคคลในครอบครัวมีต่อตนเองในทางที่ดี ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสำคัญในครอบครัว

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะความเป็นอยู่ รายได้ สถานที่อยู่อาศัย บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนในสังคม ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนได้รับการยอมรับ

จากสังคมรวมทั้งมีความเท่าเทียมกับผู้อื่น รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การยอมรับจากคนรอบข้าง ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนเป็นบุคคลที่คนรอบข้างให้ความไว้วางใจ

3.1.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1984) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมี 2 ปัจจัยดังนี้คือ

3.1.1.3.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล คือลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคน ที่มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ประกอบด้วย

3.1.1.3.1.1 Physical attributes ลักษณะทางกายภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น ลักษณะรูปร่าง ความงดงามทางกายมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเพศหญิง การมีสุขภาพที่แข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในเพศชาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์อย่างมากกับความแข็งแรงและความกล้าหาญมากกว่าในเพศหญิง สิ่งเหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้บุคคลประสบผลสำเร็จในกิจกรรมที่บุคคลนั้นให้คุณค่า ลักษณะทางกายภาพใดๆจะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือไม่ เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมและมาตรฐานของบุคคลเป็นตัวกำหนด บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดี จะมีความพึงพอใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

3.1.1.3.1.2 General ability, capacity and performation ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงาน มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเป็นตัวบ่งบอกถึงความถี่ของการประสบผลสำเร็จในสิ่งที่บุคคลกระทำ ซึ่งมีสติปัญญาเข้ามาเป็นตัวสนับสนุน เช่นการศึกษาคุณภาพชีวิตกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ที่มีงานทำและไม่มีงานทำ

3.1.1.3.1..3 Affective states เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข หรือความวิตกกังวล ที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่จะแสดงออกหรือไม่แสดงออก เป็นผลสืบเนื่องจากมาการที่บุคคลประเมินสิ่งที่ตนประสบมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแล้วส่งผลกระทบต่อการประเมินตนเอง ถ้าบุคคลมีการประเมินตนเองในทางที่ดี จะแสดงความรู้สึกพึงพอใจและแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก แต่หากบุคคลมีการประเมินตนเองในทางลบ จะไม่มีความพึงพอใจ มองตนเองไม่ประสบผลสำเร็จในอนาคตได้

3.1.1.3.1.4 Self-values บุคคลจะประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่า บุคคลที่ให้คุณค่าแก่สิ่งหนึ่งแล้วมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ตรงกันข้าม หากค่านิยมส่วนตัวของบุคคลไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม บุคคลจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

3.1.1.3.1.5. Aspiration การตัดสินคุณค่าของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบผลงานที่ปฏิบัติ และความสามารถของตนกับระดับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตั้งไว้ หากสามารถทำได้ตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จะนำไปสู่การมองตนเองว่ามีคุณค่า

3.1.1.3.1.6 Sex สังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ มักให้ค่านิยมและคุณค่าต่อเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมักได้รับมอบหมายตำแหน่งที่มีอำนาจในสังคม ในขณะที่เพศหญิงจะด้อยกว่า เพศชายจะมีลักษณะที่ชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทายความสามารถ ทำให้มีทักษะการทำงาน และมีโอกาสได้รับความสำเร็จมากกว่า มีผลทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ขณะที่เพศหญิงได้รับการปฏิบัติจากสังคมในฐานะเป็นเพศที่อ่อนแอ ทำให้เมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชาย

3.1.1.3.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก คือสภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ และส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลแตกต่างกัน ประกอบไปด้วย

3.1.1.3.2.1 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ และลูก ผู้ที่ได้รับความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้สิทธิเสรีภาพในการกระทำของเด็ก การจัดระเบียบและกฎเกณฑ์ ที่พ่อแม่ใช้ในการปกครองลูกและการดูแลให้มีอิสระในขอบเขตที่กำหนด มีส่วนพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของลูก

3.1.1.3.2.2 โรงเรียนและการศึกษา ประสบการณ์ที่โรงเรียนสามารถช่วยสนับสนุนต่อจากบ้าน โรงเรียนเป็นแหล่งการศึกษาที่ช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในทักษะ ความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่า จะช่วยให้สามารถทำการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่บุคคลได้รับการศึกษาสูง ทำให้มีโอกาสได้ทำงานในตำแหน่งที่สูง มีการงานที่มั่นคง ส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

3.1.1.3.2.3 สถานภาพทางสังคม บุคคลที่ประสบความสำเร็จและเห็นคุณค่าในตนเองคือบุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมระดับสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าบุคคลอื่น จึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมากกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ

3.1.1.3.2.4 กลุ่มเพื่อน จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเพื่อนในวัยเดียวกัน หากบุคคลไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน หรือไม่ได้อยู่ในความสนใจของเพื่อน ไม่มีการแบ่งปันความคิดเห็นต่างๆ หรือไม่เป็นที่ไว้วางใจของเพื่อน เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับนับถือ ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจะส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1.1.4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1.1.4.1 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Cooper smith self-esteem inventory-Adult) สร้างโดย Coopersmith (1981) ใช้ปนะเมินทัศนคติที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ ด้านตนเองทั่วไป ด้านตนเองต่อครอบครัว ด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านการตอบไม่ตรงความจริง เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อเลือกตอบ 2 แบบคือ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

3.1.1.4.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (Rosenberg's Self Esteem Scale-RSES) สร้างขึ้นมาวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล ต่อมามีการพัฒนาปรับปรุงทำให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ นำไปวัดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา วัดค่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ต่อมาได้มีการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ มีการพัฒนาแบบสอบถามโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามที่เป็นไปในด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อคำถามมีข้อความที่มีความหมายในเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 และข้อความที่มีความหมายในเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale -RSES) วัดค่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) แบบสอบถามเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และมีค่าความเชื่อมั่น .82

3.1.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม หากมีการดำเนินไปในทางที่ดีนั้น บุคคลจะมีความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน หากมีเหตุการณ์ในทางลบเกิดขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะลดลง (Kosier et al., 1989) หากบุคคลมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า (Jorge et al., 1993) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในระดับสูง (Sowislo et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orthet al. (2009) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สามารถทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.1.2 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

ราชบัณฑิตสถาน (2557) ให้ความหมายของ ทักษะ ว่าเป็นความชำนาญ หรือความสามารถในการกระทำหรือการปฏิบัติ เกิดจากการฝึกฝน หรือการกระทำบ่อยๆ

Johnson (1972) อธิบายว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลคือ การที่บุคคลหนึ่งส่งสารไปยังบุคคลอื่นๆ และก่อให้เกิดการตอบสนองขึ้น ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร (Sender) จะส่งสาร (Message) ผู้รับสาร (Receiver) ข่าวสารที่ส่งไปจะมีทั้งเป็นถ้อยคำและไม่ใช่ถ้อยคำ

Vendemark et al. (1977) อธิบายว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล คือ การใช้สัญลักษณ์ที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบคุคล เป็นกระบวนการ ให้ และรับข่าวสารที่เป็นถ้อยคำ (Verbal Communication) และไม่ใช่ถ้อยคำ (Non-verbal Communication)

Devito (1995) อธิบายว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการรับส่งข่าวสารระหว่างบุคคลที่มีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ที่ไม่จำกัดเฉพาะการพูดหรือการเขียน แต่รวมถึงการแสดงลักษณะกิริยาท่าทางที่แสดงออกด้วย ทักษะการสื่อสารที่ดีจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การเป็นคนเปิดเผย ใจกว้าง การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่สนทนา การติดต่อสื่อสารทางบวก และ ความเสมอภาคในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ต่อความหมายของสารร่วมกันทั้งสองฝ่าย ทำให้บุคคลที่สื่อสารกันเกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน ให้ความช่วยเหลือและยอมรับซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความพึงพอใจต่อกัน

Duffy et al. (2004) กล่าวว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึงความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ธีราลักษณ์ ฉิมพาลี (2546) อธิบายว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึงความสามารถการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการจากผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร โดยใช้ภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน นอกจากนั้น การสื่อสารยังเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคล

สรุปว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับส่งข่าวสารโดยการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร ทั้งแบบวัจนภาษา และอวัจนภาษา หรือการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี โดยทักษะการสื่อสารที่ดีจะต้องประกอบไปด้วย การเป็นคนเปิดเผย ใจกว้าง การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่สนทนา การติดต่อสื่อสารทางบวก และ ความเสมอภาคในการสื่อสาร

3.1.2.1 วัตถุประสงค์ของการสื่อสารระหว่างบุคคล

Devito (1983) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ การสื่อสารระหว่างบุคคล มี 6 ประการ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้คนอื่นรู้จักตนเอง การสื่อสารระหว่างบุคคลจะเปิดโอกาสให้คนได้กล่าวถึง สิ่งที่เป็นความเห็น ความรู้สึกของตนเอง สิ่งที่ตนชอบหรือไม่ชอบ สิ่งที่ตนเองสนใจ

2. เพื่อให้บุคคลเข้าใจโลกภายนอก ทำให้รู้จักกับบุคคลอื่นและรู้จักเหตุการณ์ต่างๆ เพราะการสื่อสารระหว่างบุคคล

3. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี ระหวางบุคคล โดยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมต้องการความรัก เราอยากให้คนอื่นรัก ขณะเดียวกันเราต้องรูจักรักคนอื่นด้วย การที่บุคคลจะมีความรักใคร่ ยอมมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ และความเข้าใจอันดีต่อกัน

4. เพื่อแลกเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม การสื่อสารระหว่างบุคคล สามารถเปลี่ยน พฤติกรรมได้ เพราะสิ่งที่เรียนรู้จากตนเองและบุคคลอื่น ทำให้แต่ละคนนั้นสามารถมองเห็นข้อดีและข้อเสียของกันและกัน

5. เพื่อสร้างความบันเทิง การพูดคุยสนทนากับเพื่อน ถือว่าเป็นการสร้างความบันเทิงแก่ตนเอง ทำให้เกิดความสมดุลในกิจกรรมของชีวิต

6. เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เช่นนักจิตวิทยา ที่มีอาชีพดานการช่วยเหลือผู่คน มักจะมีงานเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา โดยการมีช่วยเหลือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3.1.2.2 องค์ประกอบของทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

จาระไน แกลโกศล (2532) ได้อธิบาย องค์ประกอบที่สำคัญในการสื่อสารบุคคล ว่าประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วย บุคคลอย่างน้อยสองคน คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร

2. ข่าวสาร จะมีทั้งวัจนสาร คือ คำพูดที่ให้สื่อสารระหว่างกันและอวัจนสาร คือ การมองหน้า การพยักหน้า หรือการยิ้มให้กัน

3. ผลที่เกิดขึ้น ผลของการสื่อสารระหว่างบุคคล อาจจะเป็นไปในรูปของการเพิกเฉย ปฏิเสธหรือการตอบรับข่าวสาร อาจเป็นด้านจิตใจ อารมณ์

Devito (1995) อธิบายว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวมนุษยนิยม (A Humanistic Model of Interpersonal Effectiveness) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

1. การเป็นคนเปิดเผย ใจกว้าง (Openness) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการพูดตรงตามความเป็นจริงในเรื่องของตนเอง สิ่งที่ตนคิดสิ่งที่ตัดสินใจ ค่านิยม ความคับข้องใจและความผิดพลาดของตน การเปิดเผยตนเองเป็นรากฐานของสัมพันธภาพที่

มั่นคง ถ้าบุคคลปิดบังบางสิ่ง กับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสัมพันธภาพ และอาจนำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยว ยิ่งบุคคลเปิดเผยตนเองต่อบุคคลอื่นมากเพียงใด บุคคลอื่นจะยิ่งแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับตัวเขา ให้บุคคลได้รับรู้มากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการเปิดเผยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพ เพราะจะก่อให้เกิดความเต็มใจรับฟัง และสนใจความรู้สึกของกันและกัน หลักในการเปิดเผยตนเองประกอบด้วย

1.1 การเปิดเผยตนเองด้วยความเต็มใจ เป็นการบอกเล่าข้อมูลของตนเองให้ผู้อื่นรู้ ด้วยความเต็มใจ แต่เสี่ยงต่อการคุกคามความรู้สึกของตนเองเช่นกัน ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับทางเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และอุปนิสัยส่วนตัว เป็นต้น บุคคลจะสามารถเปิดเผยเรื่องของตนเองทางบวกมากกว่าทางลบ

1.2 การตอบสนองต่อผู้อื่นด้วยความจริงใจ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อผู้อื่น ในขณะที่สนทนา โดยการตั้งใจฟังแสดงความสนใจและเข้าใจในความรู้สึกของคู่สนทนา และการแสดงกิริยาท่าทาง การรักษาความลับของผู้อื่น

1.3 การรับผิดชอบในความคิดและความรู้สึกของตนเอง เป็นการสื่อสารให้คนอื่นรู้ความคิดและความรู้สึกของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ นำไปสูการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.4 การบรรยายถึง ความรู้สึก ของตนอย่างตรงไปตรงมาพิจารณาถึงเหตุผลเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น และมีอิทธิพลต่อความรู้สึก

1.5 การแสดงความรับผิดชอบในความคิดและความรู้สึก โดยการบรรยายถึงความรูสึกของตนเองและบอกพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่รบกวนความรู้สึกของเรา

2. การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Emphty) หมายถึง การรู้สึกร่วมไปกับคนที่สื่อสาร โดยจะไม่เอาอารมณ์ของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง

2.1 การเข้าถึงความเข้าใจ ในความคิดความรู้สึกของผู้อื่น (Achieving Empathy) โดย

2.1.1 หลีกเลี่ยงการประเมินและตัดสินบุคคลอื่น

2.1.2 เรียนรู้ความต้องการความสามารถประสบการณ์และอารมณ์ของผู้อื่นโดย พยายามศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ และเข้าใจเหตผุล ในการกระทำของมนุษย์

2.1.3 ประสบการณ์ทางอารมณ์เพื่อเรียนรู้ผู้อื่น มีมุมมองรวมกับบุคคลอื่นในเหตุการณหรือสถานการณ์ต่างๆ

3. การแสดงความเข้าใจความรู้สึกของคู่สนทนา (Communicating Empathy) ประกอบด้วย

3.1 การแสดงความเข้าใจโดยไม่ใช้คำพูด (Non-verbal Empathy)

3.1.1 การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง (Facial Expression and Gesture)

3.1.2 การแสดงออกโดยการสบสายตา (Eye Contact) และการแสดงออกถึงการเอาใจใส่ (Attention Body Posture and Physical Closeness)

3.1.3 การสัมผัส (Use Touch)

3.2 การแสดงความเข้าใจโดยใช้คำพูด (Verbal Empathy)

3.2.1 กล่าวแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของคู่สนทนา

3.2.2 เปิดเผยความรู้สึกแท้จริงต่อคู่สนทนา

4. การสนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่สนทนา (Supportiveness) หมายถึง การยอมรับผู้อื่นทั้งทางความคิด ความรู้สึก สามารถยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้ง

4.1 การบรรยายสิ่งที่เกิดขึ้นมากกว่าการประเมิน (Descriptiveness) คือ การบรรยายความรู้สึกในสถานการณ์ที่แท้จริง จะทำให้เกิดบรรยากาศในการสนทนาในแบบของการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ มากกว่าบรรยากาศการตัดสินใจการสื่อสารระหว่างกัน

4.2 การเปิดใจกว้าง มากกว่าการไม่ยืดหยุ่น (Provisionalism) เป็นการยอมรับ ความคิดเห็นในทางอื่น การเปิดใจยอมรับความคิดเห็น และความรู้สึกขัดแย้ง และยอมให้บุคคลอื่นวิพากษ์วิจารณ์ โดยไม่ขัดข้อง สำหรับบุคคลที่ยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนตามเหตุผลที่หมาะสม ทำให้การสื่อสารระหว่างบุคคลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การติดต่อสื่อสารทางบวก (Positiveness) หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีความชื่นชมยินดีต่อผู้อื่น ดังนี้

5.1 การมีทัศนคติในทางบวก (Attitude Positiveness) ต่อตนเองและผู้อื่น หมายถึง การมีความรู้สึกทางบวกในสถานการณ์ที่สนทนา ต้องไม่มีการประเมินและตัดสินร่วมด้วย ทำให้เกิดการมองในแง่บวก รวมถึงการรับรู้และตอบสนองทางบวก

เป็นการแสดงความคิด ในทางบวกของผู้พูด จะทำให้เกิดการตอบสนองซึ่งกันและกัน ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.2 การแสดงความชื่นชมผู้อื่น (Compliment) อย่างจริงใจ การยกย่องชมเชยเป็นสิ่งที่มีพลังอำนาจ ที่จะกระตุ้นให้บุคคลอยู่อย่างมีความหมาย ดังนั้น การยกย่องชมเชยนั้นเป็นการให้ความสำคัญในความเป็นบุคคล อันจะมีผลตอสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. ความเสมอภาคในการสื่อสาร (equality) หมายถึง การใช้คำพูดสื่อสารโดยไม่แสดงว่าตนเหนือกว่าทั้งการใช้คำพูด และกิริยาท่าทางที่ไม่แสดงว่ามีความเหนือกว่าอีกฝ่าย แม้ว่าสถานการณ์ทั่วไปนั้นบุคคลทั้ง 2 คน จะไม่มีความเสมอภาคกันก็ตาม

Adler et al. (1989) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบ ดังนี้

6.1 มีทักษะ คือ การมีทักษะในการทราบว่าควรจะแสดงออกอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ เช่น บางสถานการณ์ต้องเงียบ และในบางสถานการณ์จะต้องพูด

6.2 มีความสามารถในการปรับตัว คือ ความสามารถในการเลือกแนวทางทางที่ถูกต้อง เหมาะสมในสถานการณนั้นๆ

6.3 ความสามารถในการปฏิบัติอย่างมีทักษะ คือ การเลือกสื่อสารอย่างถูกต้อง เหมาะสม

6.4 การมีส่วนร่วม มีหลายมิติด้วยกัน ทั้งด้านของการมี ส่วนร่วมต่อบุคคลอื่น และต้องการจะมีความสัมพันธ์อันดี

6.5 ความเห็นอกเห็นใจ คือ ความเข้าใจผู้อื่น

6.6. ความซับซ้อนด้านความคิด คือ ความสามารถในการรวบรวมสิ่งที่มีความซับซ้อน และความหลากหลายในการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ ความสามารถในการควบคุมตนเอง คือ กระบวนการในการให้ความสนใจ กับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และนำมาวางรูปแบบในการปฏิบัติกับบุคคลนั้นในแนวทางที่เหมาะสม

สรุป ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับส่งข่าวสารโดยการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา มีลักษณะเปิดเผย ใจกว้าง มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่สนทนา การติดต่อสื่อสารทางบวก และ ความเสมอภาคในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

3.1.2.3 กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล

Johnson (1972) ได้อธิบายกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลว่าประกอบด้วย รายละเอียดดังนี้

1. ผู้ส่งสาร จะรวบรวมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมแล้วจึงเลือกข้อความที่ต้องการสื่อ

2. ผู้ส่งสาร สร้างรหัส ซึ่งรวบรวมาจากความคิด ความรู้สึก

3. การส่งข่าวสารไปยังผู้รับสาร

4. ผ่านช่องทางการสื่อสาร ซึ่งสารจะถูกแปลความหมาย

5. ผู้รับสาร จะแปลความหมายของสารที่ได้รับ การแปลความหมายของผู้รับสารขึ้นอยู่กับความเข้าใจเนื้อหาของสารที่ได้รับ และความตั้งใจของผู้สงสาร

6. ผู้รับสารตอบสนองต่อสารที่ได้รับการแปลความหมายเรียบร้อย

7. อาจมีสิ่งรบกวน เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอน เช่น ทัศนคติ อคติของผู้ส่งสาร

8. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) หมายถึง การตอบสนองของผู้รับข่าวสาร ที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับมา มีหลายรูปแบบ อาจจะเป็นข่าวสารที่ทำให้เกิดความพอใจหรือไม่พอใจ ต้องการปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตาม เป็นต้น

3.1.2.4 ประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคล

หลุย จำปาเทศ (2533) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การสื่อสารโดยใช้ถ้อยคำ ได้แก่

1.1 การพูดในแบบต่างๆ เช่น พูดเป็นการส่วนตัว พูดแบบเป็นทางการ พูดกับกลุ่มบุคคล พูดทางโทรศัพท์

1.2 การเขียน ได้แก่ การเขียนจดหมาย การบันทึกข้อความ รายงาน เป็นต้น

2. การสื่อสารโดยไม่ใช้ถ้อยคำ ได้แก่

2.1 ภาษาเครื่องหมาย (Sign Language) คือ การใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ รูปภาพ แผนภูมิ และการใช้เสียง

2.2 ภาษาอากัปกิริยา ท่าทาง (Action Language) คือ การแสดงท่าทาง การใช้ส่วนต่าง ๆ ของรางกาย การแสดงความรู้สึก และอารมณ์

2.3 ภาษาวัตถุ (Object Language) คือ วัตถุสิ่งของหรือเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับของบุคคล ที่แสดงให้ทราบถึงตำแหน่งหน้าที่การงาน

3.1.2.4 แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

3.1.2.4.1 Interpersonal Communication Scale (ICS) พัฒนาโดย Cristina et al. (2013) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความสามารถในการสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย แบบวัดมีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ มาตรวัดแบบ likert scale ตั้งแต่ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 4 หมายถึง เป็นประจำสม่ำเสมอ ผ่านการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .79

3.1.2.4.2 Dyadic Relationship scale (DRS) สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Poulshock and Deimling (1984) และพัฒนาโดย Sebern et al. (2007) เป็นแบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล ในสถานดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

3.1.2.4.3 แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995) สร้างโดย ธีรา ลักษณ์ ฉิมพาลี (2546) ซึ่งใช้ประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของพนักงานคนไทยในบริษัทต่างชาติญี่ปุ่น มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตั้งแต่ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ตามข้อความนั้น จนถึง ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล 5 ด้าน ประกอบด้วย การเปิดเผยตนเอง การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ การสนับสนุนเกื้อกูลคู่สนทนา การสื่อสารในทางบวก และความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ผลการประเมินมีตั้งแต่ ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับต่ำมาก จนถึงประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูงมาก ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง มีค่าเท่ากับ .79

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995) ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 และมีการประเมินครบทุกองค์ประกอบตามแนวคิดของ Devito (1995) มีข้อคำถามที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมในการวิจัยเนื่องจากต้องการวัดทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลทั่วไป

3.1.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยผสมผสาน (An Integrative Framework) ของ Billing and Moos (1982) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า เกิดจากขาดทักษะการ

สื่อสารที่ดี ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ หรือการรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ซึ่งกระตุ้นให้เกิดเป็นอาการซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทักษะการสื่อสารหรือทักษะทางสังคมที่ดี จะช่วยต้านทานความเครียดได้ เนื่องจากบุคคลนั้นสามารถปรับตัวกลับเข้าสู่สังคมได้ง่าย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ความบกพร่องความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลจะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Hammer et al., 2002) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hamma et al. (2012) ที่ศึกษาพบว่า ความบกพร่องในทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) การศึกษาของ รสพร เพียรรุ่งเรือง (2558) พบว่า ความบกพร่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถติ (p< .01) และการศึกษาของ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2550) พบว่าความบกพร่องการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) จึงสรุปได้ว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ดังนั้น ปัจจัยด้านทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล น่าจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ยังมีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ความสามารถในการรู้คิด ดังนี้

3.1.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

Linderboom et al. (2003) และ Perneczky et al (2006) กล่าวว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เช่นการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ ทำงานบ้าน เป็นต้น และประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสีย อันเป็นผลกระทบที่สำคัญทีเกิดจากความบกพร่องของระบบประสาท

สุทธิชัย จิตตพันธ์กุล (2537) อ้างถึงในเบญจพร จันทร์คำ (2553) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเชิงปฏิบัติ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity daily living) เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตภายในที่อยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว ล้างหน้า แปรงฟัน การใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง (Instrument Activity Daily Living) เป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติได้เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน เช่นการซื้อของ การใช้โทรศัพท์ การเตรียมอาหาร การเดินทาง การบริหารเงิน เป็นต้น

นงนภัส จันทร์แจ่ม (2549) กล่าวว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ โดยประเมินจากความผิดปกติของร่างกาย

สรุป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activity Daily Living) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตภายในที่อยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การลุกนั่งจากเตียง

3.1.3.1 ระดับของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติเกิดขึ้น จะส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547)

1. Complete Independent in all activity of daily living ผู้ป่วยจะสามารถช่วยหลือตนเองได้ดังนี้

1.1 สามารถทำกิจวัตรในสิ่งที่คุ้นเคยและไม่เคย

1.2 สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อทำกิจวัตรนั้น

1.3 มีความจำ การตัดสินใจและการเรียนรู้ดี

1.4 สามารถบอก หรือสื่อสารในสิ่งที่ต้องการได้ดี

1.5 สามารถเผชิญหน้ากับสิ่งกระตุ้นจสากสิ่งแวดล้อม

1.6 สามารถเคลื่อนย้ายหรือลุกจาดเตียงได้เร็ว

1.7 สามารถปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับกิจวัตรที่ทำ

2. Complete Independent in Self-care only ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้โดยใช้เครื่องช่วย เช่นการใช้ไม้เท้าเวลาเดิน

2.1 สามารถเรียนรู้อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือ

2.2 จดจำสิ่งที่ทำได้แม้ว่าอยู่มนสถานการณ์อื่น

2.3 สามารถร้องขอความช่วยเหลือเมื่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้

2.4 จดจำและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในความปลอดภัยของตนเอง

2.5 เคลื่อนย้ายจากเตียงได้

2.6 สื่อสารให้เกิดความเข้าใจโดยไม่ใช้อารมณ์

2.7 สามารถทำกิจวัตรให้เสร็จสิ้นตามเวลาโยไม่ต้องมีคนมาเตือน

3. Supervised Self-care ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรไดโดยต้องมี

คนคอยกระตุ้นหรือชี้แนะ

3.1 ต้องการคำแนะนำเมื่อทำผิดพลาด

3.2 ต้องการการดูแลเรื่องความปลอดภัย

3.3 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

3.4 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรหนึ่งไปสู่อีกกิจวัตรหนึ่ง

3.5 มีความจำบกพร่อง การคิดและการตัดสินใจแย่ลง

3.6 ไม่สามารถสื่อสาร บอกความต้องการได้

3.7 มักเกิดภาะสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ อ่อนเพลียได้ง่าย

3.8 พร่องความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่

3.9 หมดความสนใจสิ่งแวดล้อม

3.10 สามารถเคลื่อนย้านตนเองจากที่นอนได้

3.11 สามารถทำกิจวัตรจนเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

4. Partial Independent in Self-care อาศัยผุ้ช่วยเหลือบางส่วน เช่น ติดกระดุมเสื้อผ้า

4.1 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

4.2 ต้องมีการจัดขั้นตอนในการทำกิจวัตรจากง่ายไปยาก

4.3 ต้องมีการทบทวนกิจวัตรเมื่อเกิดความผิดพลาด

4.4 ต้องคอยช่วยตรวจสอบเรื่องความปลอดภัย

4.5 เมื่อเกิดปัญหาต้องมีการสรีชุปสาเหตุการเกิดปัญหา

4.6 ไม่สามารระมัดระวังความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

5. Assisted Self-care ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

5.1 ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตร และคอยให้การช่วยเหลือ

5.2 มีการสาธิตให้ดูก่อานทำกิจวัตรนั้นๆ

5.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการทำกิจวัตรของผู้ป่วย

5.4 ต้องการผู้ช่วยดูแลความปลอดภัย

5.5 มีร่างกายที่ไม่แข็งแรง อ่อนแรง

5.6 ความจำบกพร่อง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

5.7 ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้

5.8 มีความพิการของร่างกาย

5.9 แขนขาอ่อนแรง เกร็ง

3.1.3.2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

3.1.3.2.1 แบบประเมินดัชนีบาร์เทลอินเด็กซ์ ฉบับภาษาไทย (Barthel Index Thai version) (สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน สร้างโดย Colin et al. (1988) โดยฉบับภาษาไทยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราคมีค่าเท่ากับ .79 ซึ่งให้คะแนนในส่วนของ การรับประทานอาหาร การดูแลตวัเอง เช่น หวีผม แต่งตวั การ เคลื่อนไหวร่างกาย การใชห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การควบคุมอุจจาระ ปัสสาวะ การให้คะแนนแบ่งออกเป็น ส่วน ดังนี้ 1. การเคลื่อนไหว 2. การกิน การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได 3. การทำความสะอาด การอาบน้ำ รวมคะแนนจาก 0-20 score of 0-4 = total dependence, 5-8 = severe dependence, 9-11 = moderate dependence, and 12-19 = mild dependence, and 20 = independence

3.1.3.2.2 The Modified Barthel Activity of Daily Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Mary land and Barthel (1955) พัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1994) มาตรวัดประมาณค่า (Rating Question) แบ่งเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living / ADL) เป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น เทากับ 0.81 (บุษบา คำสวน, 2554) ดัชนีนี้กำหนดให้มีกิจกรรมที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) 10 กิจกรรม (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ได้แก่ การรับประทานอาหาร (feeding) การเคลื่อนย้าย (Transfer) การเดินการเคลื่อนที่ (Mobility) การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การอาบน้ำ เช็ดตัว (Bathing) สุขวิทยาส่วนบุคคล (การใช้ห้องสุขา หรือ กระโถน (Toilet use) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder) การขึ้นลงบันได (Stairs)

3.1.3.2.3 แบบประเมิน The Chula ADL Index (CAI) โดยJitapunkul et al. (1994) ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูงของผู้ป่วย (สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย) ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูงของผู้ป่วย เช่น การเดินออกไปนอกบ้าน การประกอบอาหาร การใช้บริการขนส่งสาธารณะ การจัดการด้านการเงิน การดูแลงานบ้าน โดยเป็นแบบสอบถาม 5 ข้อ ได้แก่ walking outdoor cooking heavy house work money exchange public transport โดยได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามแล้ว เมื่อเปรียบเทียบร่วมกับ BAI (Barthel ADL Index) พบว่า มีค่า Spearman coefficient เท่ากับ 0.67 ของ OPCS (The Office of Population Cencuses and Survey) score

3.1.3.2.4 แบบประเมิน The index of independence in activity daily live (Index of ADL) สร้างขึ้นโดย Katz (1970) เป็นเครื่องมือ ที่ใช้ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การกลั้นปัสสาวะ การรับประทานอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินและให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเอง 0 หมายถึง พึ่งพาผู้อื่น

3.1.3.2.5 แบบประเมิน Instrument activity of daily living scale (IADL) สร้างขึ้นโดย Lowton and Brody (1969) เป็นแบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 7 กิจกรรม คือ การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การใช้ยา การจัดการด้านการเงิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินและการแปลผลดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเอง 0 หมายถึง พึ่งพาผู้อื่น

ผู้วิจัยคัดเลือกแบบประเมิน The Modified Barthel Activity of Daily Index โดย Jitapunkul et al (1994) เพื่อใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากมีข้อคำถามครบตามองค์ประกอบของกิจวัตรประจำวัน มีการใช้กันแพร่หลาย

3.1.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al.(1998) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.1.4 ความสามารถในการรู้คิด

Hannegen (1989) ให้ความหมายของความสามารถในการรู้คิด ว่าเป็นระดับสติปัญญาที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำ ความตั้งใจการรำลึก การประมวลผล ความคิดเป็นตรรกะการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำรวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นเป็นพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) กล่าวว่าความสามารถในการรู้คิดหมายถึง การทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูง เกี่ยวข้องกับความรู้ เชาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ เรียนรู้ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหา การใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนก

ข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกร่างกาย และมีการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

สมศรี ปานพันธุ์โพธิ์ (2555) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง การทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เชาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้การเรียนรู้ ความจำ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหา โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกร่างกายเพื่อดัดแปลงอย่างเหมาะสม

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ให้ความหมายของความสามารถในการรู้คิดว่าเป็น การตระหนักรู้ และการควบคุมการรู้คิดของตนเอง ความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและการฝึกสมาธิ คือรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการคิดใด และสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามนั้นได้

สรุป ความสามารถการรู้คิด หมายถึง ความสามารถหรือสมรรถภาพของสมองที่เกี่ยวกับสติปัญญา ในการเรียนรู้ ความจำ การตระหนักรู้ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การตัดสินใจ การใช้ภาษา ความตั้งใจ สมาธิ การวางแผน และการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.1.4.1 การประเมินความสามารถในการรู้คิด

3.1.4.1.1 Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมอง พัฒนาขึ้นโดย Folstein et al. (1975) แบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้คัดกรองโรคสมองเสื่อมมากที่สุด เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ความจำ พฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง แบบประเมิน MMSE เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม สามาราถใช้ประเมินขนาดความรุนแรงของ Cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ สภาพด้านจิตใจ ความจำ และการระลึกได้ ความสามารถในการเลียนแบบ มีการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมิน MMSE ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความ การคิดคำนวณ การเขียน การปฏิบัติตามคำสั่ง คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบนี้เทียบวัดกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งคะแนนเต็มของแบบทดสอบจะมีค่าไม่เท่ากันโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

3.1.4.1.2 Geriatric Mental State by the Computer System (AGECAT) พัฒนาขึ้นโดย Copeland et al. (1986) เป็นแบบประเมินที่สามารถให้การวินิจฉัยแยกชนิดของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากต้องใช้ร่วมกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ราคาค่อนข้างสูง จึงไม่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549)

3.1.4.1.3 Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ พัฒนาโดย Kierman et al. (1987) สามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจความหมาย ความจำ การคำนวณ และการคิดเป็นเหตุเป็นผล ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่าอาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่ง

3.1.4.1.4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) และมีการพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัย และติดตามประเมินผลในผู้ป่วยความจำเสื่อม แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้านจำนวน 30 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้าน Orientation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม 6 คะแนน

2) ด้าน Registration เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการจดจำ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน

3) ด้าน Attention เป็นการทดสอบเกี่ยวกับความใส่ใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 5 คะแนน

4) ด้าน Calculation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการคิดคำนวณ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน

5) ด้าน Language เป็นการทดสอบเกี่ยวกับภาษา ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม 10 คะแนน

6) ด้าน Recall เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการระลึกได้ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ นำคะแนนที่ได้มาบวกกัน โดยคะแนนเต็มทั้งฉบับเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด หากได้คะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการรู้คิดปกติ

ผู้วิจัยเลือกแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยเป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย เนื่องจากมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ทกสอบสมรรถภาพสมอง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้เท่ากับ .92

3.1.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการรู้คิดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า(Ross et al., 1998 ; Winter et al., 2011) การศึกษาของ Ross et al. (1998) รายงานว่า คะแนนการรู้คิดซึ่งประเมินจากการตรวจสมรรถภาพของสมอง (MMSE) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) พบว่าการความสามารถในการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าตัวแปรด้านความสามารถการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.2 ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม (Environmental resource) ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว มีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายของ สัมพันธภาพ ว่าหมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง

นัยนา อินธโชติ (2545) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยสายโลหิต หรือรักใคร่สมัครใจที่จะมาอยู่รวมกัน พึ่งพากันทางเศรษฐกิจและสังคม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ตามสถานภาพเช่น เป็นบิดา มารดา พี่น้อง มีการรักษาวัฒนธรรม หรือมีการสร้างวัฒนธรรมใหม่ที่เกิดขึ้นครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ โดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัว จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัว

Friedman (1986) อธิบายความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว ว่า เป็นการได้รับการดูแลความรู้สึกของสมาชิก การสนับสนุนและยอมรับกัน ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันซึ่งกันและกัน และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ ให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ โดยหน้าที่หลักของครอบครัวคือการให้ความรักความอบอุ่นซึ่งกันและกัน

นัยนา อินธโชติ (2545) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง ของบุคคลภายใน ครอบครัว ประกอบไปด้วย บิดามารดาและบุตร ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ปฏิบัติต่อกัน ให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจกัน มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และรับผิดชอบเรื่องต่างๆร่วมกัน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในสังคม เมื่อมีความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดีต่อไป

นิตยา คชภักดี (2545) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว คือ ความเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กัน ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งสามารถประเมินได้จากพฤติกรรม การสื่อความหมาย มีส่วนร่วมปรึกษา ตัดสินใจ และการทำกิจกรรมในบรรยากาศที่สงบสุข

สรุป สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน และการปฏิบัติต่อกันของคนในครอบครัวประกอบด้วย การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับผิดชอบเรื่องต่างๆร่วมกันโดยมีหน้าที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัว

3.2.1.1 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

Friedman (1986) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ว่า เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยครอบครัวมีหน้าที่หลักคือการให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว

Friedman (1992) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ หล่อหลอมบุคลิกภาพแก่สมาชิก
2. การอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กรับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และ ดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่างๆ
4. ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ จัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พักและดูแลเมื่อเจ็บป่วย

Marrow and Wilson (1961) กล่าวว่า ลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว รักใคร่ผูกพัน เห็นอกเห็นใจ สามัคคี กลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว

Durkheim cited in Umberson (1992) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญต่อสังคม การที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพอันดีต่อกันเปรียบเสมือนการให้กำลังใจซึ่งส่งผลต่อจิตใจของสมาชิก และเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด ดังนั้นนอกจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะมีสัมพันธภาพกันเองในครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับคนอื่นในสังคม ซึ่งหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมด้วย

3.2.1.3 การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

3.2.1.3.1 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งครอบคลุมการให้ความรักความห่วงใย อาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในสังคม การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่ นัยนา อินธโชติ (2545) ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี ฐิตะบุระ (2536) ซึ่งใช้วัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจตามแนวความคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman 1986) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wikson,1961) ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนัสนุนด้านข้อมูลและข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนของผู้เสพยาบ้า มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ความรักความห่วงใย จำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน จำนวน 2 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน จำนวน 6 ข้อ และด้านการปรองดองกันในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกละเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.79

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่ นัยนา อินธโชติ (2545) เนื่องจากครอบคลุมแนวความคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1986) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wikson,1961) และมีข้อคำถามที่เหมาะสม เป็นกลางและเข้าใจง่าย

3.2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

การศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่าการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังฆ์ และคณะ (2556) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Teri et al. (1994) ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการรักษาระดับอารมณ์ของผู้ป่วยดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.3 การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Appraisal and coping responses) ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

3.3.1.1 แนวคิดการเผชิญความเครียด (Coping)

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด ว่าเป็นความพยายามที่จะจัดการกับปัญหา หรือข้อเรียกร้องจากภายนอกและภายในตนเอง ที่บุคคลจะประเมินว่าถูกคุกคาม หรือเกินความสามารถที่บุคคลจะรับได้

อุษา เชาวลิต (2540) อธิบายความหมายของการเผชิญความเครียด ว่าหมายถึง การที่บุคคลมีการพลิกแพลงความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ในการควบคุมและบรรเทาความเครียดที่เผชิญอยู่ ทำให้เกิดความพร้อมที่จะทนต่อปัญหา

สุภาภรณ์ สังขมรรธร (2549) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายไป

Billing and Moos (1982) กล่าวว่าการเผชิญความเครียด หมายถึง ความสามารถของบุคลในการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดนั้นสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม

Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem- Focused Forms of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลจัดการกับปัญหาโดยใช้ความคิดและการกระทำในการปรับสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม บุคคลมักใช้การเผชิญปัญหาแบบนี้เมื่อประเมินปัญหาว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดย

การแก้ที่ตนเอง จะป็ฯการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญา แซละพัฒนา เรียนรู้ใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์ สามารถแบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยไม่หลีกหนีปัญหา เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและได้สิ่งที่บุคคลต้องการ

2. การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem Solving) เป็นการแก้ปัญหาโดยปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดี ภายหลังการวิเคราะห์ปัญหา และกระทำอย่างเป็นขั้นตอน ต้องใช้ความพยายามสูง และใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหาด้วย

สรุปว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหาทั้งจากภายในและภายนอกที่ได้ประเมินแล้วว่าถูกคุกคามและตอบสนองต่อความเครียดนั้น และจัดการกับปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อทำให้ปัญหาหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายลงไป

3.3.1.2 กระบวนการเผชิญความเครียด

กระบวนการเผชิญความเครียด เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียด หรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิด Lazarus and Folkman (1984) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิด ที่เกิดระหว่างปัญหา กับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการประเมินสถานการณ์มี 3 ระยะ ได้แก่

1.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลอย่างไรต่อตนเอง ไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือการที่บุคคล ประเมินว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเนื่องจากไม่มีผลได้ผลเสีย

1.2 เกิดผลดีหรือได้ประโยชน์ คือการที่บุคคลพิจารณาว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการ สามารถหันเหไปสนใจเรื่องอื่นได้

1.3 แกิดความเครียด (stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัว สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.3.1 เกิดอันตรายและสูญเสีย (harm or loss) คือบุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองและสังคม

1,3,2 การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ตื่นเต้น ตลอดจนมีกำลังใจดีขึ้น การถูกคุกคามและการท้าทายจชะเกิดขึ้นพร้อมๆกัน เพราะการที่รู้สึกคุกีชคามจะมีความท้าทายอยู่ด้วย ทำให้ มีการมุ่งหวังจะหาวิธีเอาชนะ หรือหาทางแก้ไขปัญหานั้นให้ได้

1.3.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยช์ และทางเลือกโดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้และเลือวิธีการเผชิญเพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จ ตามต้องการ รวมถึงประเมินผลจากการใช้วิธีการเผชิญปัญหานั้น

1.4 การประเมินซ้ำ (reappraisal) คือ การเปลี่ยนการประเมินสถานการณ์จากครั้งก่อนๆ โดยใช้ความรู้ ข่าวสาร ที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อม หรือจากบุคคล โดยใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อป้องการความเครียดหรือการเกิดปัญหาซ้ำ

3.3.1.3 การประเมินการเผชิญความเครียด

มีผู้พัฒนาเครื่องมือดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1.3.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionare : WCQ) ของ Lazarus and Folkman ที่สร้างขึ้นและพัฒนาในปี คใศใ 1976-1977 แบบประเมินจะแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควาบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุน 5) การถอยห่าง 6) การหลีกหนีปัญหา คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยใช้เลย 0 คะแนน ไปจนถึงใช้เป็นปะจำ 3 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งหมด 66 ข้อ นำมาคิดคะแนน 50 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ได้ค่า Factor loading .3-.7 (Folkman et al.,1986) และผ่านการ ทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธีได้แก่ .70,.68,.79,.66,.70,.76,.61,.72 ตามลำดับ (Folkman et al.,1986) ต่อมาในปีค.ศ. 1988 lazarus and Folkman ได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยลดจำนวนข้อคำถามเหลือ 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง อยู่ในช่วง .47-.74 (lazarus and Folkman. 1988) ประเทศไทยมีผู้นำแบบทดสอบการเผชิญความเครียดของ lazarus and Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) นำมาแปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยตรวจสอบ 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ 20 ราย ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ .81 จากนั้น

ปองลดา พรหมจันทร์ (2542) นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีวัณโรคปอด จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .90

3.3.1.3.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scale) ซึ่ง Jalowiec and powers (1984) กล่าวไว้ว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1976) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Jalowiec and powers นำมาใช้ครั้งแรกในปีค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ข้อ มีทั้งหมด 40 ลักษณะคำถาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec Murphy and powers พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหา จึงนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้งในปีค.ศ. 1988 jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิม และแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 แบบ เพิ่มมาคือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดแบบเลือกรับรู้ปัญหา โดยเหตุการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง มีข้อคำถาม 36 ข้อ ทดสอบค่าความเที่ยงได้ .85 ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไต 150 รายและในปี พ.ศ. 2549 สุภาภรณ์ สังขมรรทร พัฒนาแบบสอบถามการเผชิญความเครียดต่อจาก สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) โดยเลือกข้อคำถามจากหมวดหมู่การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 6 ข้อ และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จำนวน 8 ข้อ นำไปดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .79 และ .78 ตามลำดับ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) พัฒนามาจาก สุภาภรณ์ สังขมรทร (2549) ข้อคำถามมีความเข้าใจง่าย ซึ่งได้มีการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

3.3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาของ Piboon et al. (2012) ศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focused coping) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (r = -0.27, P= .02) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า

3.3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมาย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional – Focus Forms of Coping) ว่าเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการลดความเครียด และบรรเทาความไม่สบายใจโดยการปรับอารมณ์ตนเอง เมื่อประเมินว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ สามารถแบ่งเป็น 6 ชนิด ดังนี้

1. การประเมินค่าใหม่ในทางบวก (Positive Reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่จะเพื่อลดแรงตึงเครียดของตนเองยายามให้ความหมายของสถานการณ์ในทางที่ดีขึ้นเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาด้วย

2. การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting Responsibility) บุคคลยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง และตระหนักว่าตนเป็นผู้สร้างปัญหา แม้จะไม่ใช่สิ่งที่ต้องการก็ตาม

3. การควบคุมตนเอง (Self Control) บุคคลพยายามควบคุมอารมณ์ให้สม่ำเสมอ หรือการพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหา เช่นพยายามเก็บความรู้สึกเพื่อไม่ให้บุคคลรู้ว่าสถานการณ์เลวร้ายเพื่อไม่ให้กระทบต่อบุคคลอื่น

4. การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) บุคคลพยายามเรียนรู้ปัญหา โดยแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม

5. การถอยห่างหรือเมินเฉย (Distancing) เป็นความพยายามคิดให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียดน้อยลง โดยการหลีกหนีเช่น พยายามลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้น

6. การหลีกหนีปัญหา (Escape avoidance) บุคคลพยายามหลีกหนีปัญหาชั่วขณะเพื่อให้พ้นจากความเครียดระยะหนึ่ง เช่น การนอนมากผิดปกติ การดื่มเหล่า เป็นต้น

สรุป การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหาทั้งจากภายในและภายนอกที่ได้ประเมินแล้วว่าถูกคุกคามและตอบสนองต่อความเครียดนั้น โดยบุคคลปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อบรรเทาความไม่สบายใจ แต่ปัญหานั้นยังคงอยู่

การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามที่จะตอบสนองต่อความเครียดนั้นๆ หากผลลัพธ์ในการเผชิญควาวมเครียดออกมาในทางที่ดี มีความสมดุลเกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หรือใช้กระบวนการของร่างกายทำงานน้อยที่สุด นั่นหมายความว่าบุคคลสามารถปรับตัวได้ (Folkman and Lazalus,1991) Folkman and Lazalus (1980) บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความต้องการและแหล่งประโยชน์ บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเมื่อประเมินปัญหาแล้วว่าสามาร

ปรับเปลี่ยนได้ ส่วนการเผชิญควมเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จะเป็นกระบวนการทางความคิด และพฤติกรรมที่บุคคลจะใช้เพื่อบรรเทาความเครียดเมื่อประเมินเหตุกรณ์แล้วว่า ไม่สามารถแก้ปัญหาได้

3.3.2.1 การประเมินการเผชิญความเครียด

มีผู้พัฒนาเครื่องมือดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.2.1.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionare : WCQ) ของ Lazarus and Folkman ที่สร้างขึ้นและพัฒนาในปี คใศใ 1976-1977 แบบประเมินจะแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควาบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุน 5) การถอยห่าง 6) การหลีกหนีปัญหา คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยใช้เลย 0 คะแนน ไปจนถึงใช้เป็นปะจำ 3 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งหมด 66 ข้อ นำมาคิดคะแนน 50 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ได้ค่า Factor loading .3-.7 (Folkman et al.,1986) และผ่านการ ทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธีได้แก่ .70,.68,.79,.66,.70,.76,.61,.72 ตามลำดับ (Folkman et al.,1986) ต่อมาในปีค.ศ. 1988 lazarus and Folkman ได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยลดจำนวนข้อคำถามเหลือ 31 ข้อเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง อยู่ในช่วง .47-.74 (lazarus and Folkman. 1988) ประเทศไทยมีผู้นำแบบทดสอบการเผชิญความเครียดของ lazarus and Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) นำมาแปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยตรวจสอบ 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ 20 ราย ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ .81 จากนั้น ปองลดา พรหมจันทร์ (2542) นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีวัณโรคปอด จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .90

3.3.2.1.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scale) ซึ่ง Jalowiec and powers (1984) กล่าวไว้ว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1976) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Jalowiec and powers นำมาใช้ครั้งแรกในปีค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ข้อ มีทั้งหมด 40 ลักษณะคำถาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec Murphy and powers พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหา จึงนำไป

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้งในปีค.ศ. 1988 jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิม และแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 แบบ เพิ่มมาคือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดแบบเลือกรับรู้ปัญหา โดยเหตุการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง มีข้อคำถาม 36 ข้อ ทดสอบค่าความเที่ยงได้ .85 ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไต 150 รายและในปี พ.ศ. 2549 สุภาภรณ์ สังขมรรทร พัฒนาแบบสอบถามการเผชิญความเครียดต่อจาก สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) โดยเลือกข้อคำถามจากหมวดหมู่การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 6 ข้อ และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จำนวน 8 ข้อ นำไปดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .79 และ .78 ตามลำดับ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) พัฒนามาจาก สุภาภรณ์ สังขมรทร (2549) ซึ่งได้มีการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ คะแนนรวมมากหมายถึงมีการใช้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับมาก และหากคะแนนรวมต่ำ หมายถึงมีการใช้การเผชิญความเครียดในระดับต่ำ

3.3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาของ Piboon et al. (2012) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion focused coping) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (r= 0.45, P<.001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า

3.4 ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม (Social background factor) ได้แก่ เพศ มีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 เพศ

ราชบัณฑิตยสถาน (2527) ให้ความหมายไว้ว่า เพศ หมายถึง รูปลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือเป็นชาย ในคำว่า สตรีเพศ บุรุษเพศ

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายของเพศคือสิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง

สรุป เพศ คือ ลักษณะส่วนบุคคล ที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง

3.4.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศหญิงจะมีบุคลิกภาพเรียกร้องพึ่งพา (Piboon et al., 2012) มักจะมองโลกในแง่ร้าย ขาดความนับถือตนเอง (Altman et al., 1980) จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ Ricardo et al. (1995) พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม มีตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ และ ชนิดของโรคสมองเสื่อม โดยอธิบายรายละเอียด ดังนี้

3.4.2 อายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายไว้ว่า อายุ หมายถึง ระยะเวลาที่คนคนหนึ่งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดมา หน่วยของอายุจะใช้เป็นวันเดือน หรือ ปี ก็ได้ แต่เมื่อใช้หน่วยใดแล้ว จะนับอายุเต็มหน่วยนั้น เช่น อายุ 1 วัน หมายถึงมีอายุครบ 1 วันบริบูรณ์ ถ้ายังไม่ครบ 1 วัน เรียกว่ามีอายุ 0 วัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง เมื่อนับอายุด้วยหน่วยใดแล้ว จะนับอายุเป็นจำนวนของหน่วยนั้น เมื่อครบรอบวันเกิดครั้งสุดท้าย

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า อายุคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา โดยมากจะนับเป็นจำนวนเต็มปี หรือเป็นเดือนสำหรับเด็กเล็ก

สรุปว่า อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปีปัจจุบันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ถ้าอายุมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี ถ้าอายุน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดออก

3.4.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ ปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (อรพรรณ ทองแตง

และคณะ, 2550 อ้างอิงจาก อรสา ใยยอง และคณะ, 2554) จากการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Winter et al. (2011) พบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าสามารถประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.4.3 ชนิดของโรคสมองเสื่อม

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายของ คำว่า ชนิด หมายถึง อย่าง จำพวก ประเภท

สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2551) ได้จำแนกชนิดของโรคสมองเสื่อมเป็น 7ชนิด (วรวุฒิ ร่มไทร, 2555 ; สถาบันประสาทวิทยา, 2557) ได้แก่

1. Alzheimer's disease เป็นชนิดของโรคสสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 50-70 เซลล์ของสมองจะเสื่อมไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลต่อการทำงานของสมอง เกิดอาการแสดงออกผิดปกติ ด้านความจำ พฤติกรรมรวมไปถึงอารมณ์ ผลการตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุจากโรคทางกาย และภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองเนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น

2. Alzheimer's disease with cerebrovascular disease มีอาการดังนี้ อาการ episodic memory loss เช่น ถามซ้ำๆ จนน่ารำคาญ ลืมว่ารับประทานอาหาร ลืมของ ลืมนัด ลืมเหตุการณ์สำคัญที่เพิ่งเกิดขึ้นมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ เช่น aphasia (มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา การสื่อสาร เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูก) apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสั่ง แต่ไม่มีการอ่อนแรง) agnosia (ไม่รู้จักชื่อ และชนิดของสิ่งของโดยที่เคยรู้มาก่อน) executive dysfunction (เช่น บกพร่องในการตัดสินใจ วางแผนการจดลำดับขั้นตอนความคิดเชิงนามธรรม) social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมถดถอย เช่น ขาดยั้บยั่งชั่งใจ) มีอาการมามากกว่า 6 เดือน การดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคมพบความผิดปกติ ตรวจพบ lateralization หรือ gait abnormalities ที่ สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น

3. Vascular dementia เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการเสื่อมของเส้นเลือดในสมอง ที่เกิดการตีบตันทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงนั้นตายในที่สุด อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วพร้อมทั้งมีความผิดปกติของระบบประสาทและสมองร่วมด้วย มี

อาการ cognitive deficit ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ ปัญหาด้านความจำ การวางแผน การตัดสินใจ บกพร่อง ปัญหา visuospatial function เช่น หลงทาง การใช้ภาษาบกพร่อง ไม่มีสมาธิ (inattention) ปัญหาในการรับรู้สังคมรอบตัว มีผลกระทบการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม อาการเลวลงอย่างรวดเร็ว หรืออาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน progression ตรวจพบ lateralization, upper motor neuron signs หรือ gait abnormalities ที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

4. Parkinson's disease dementia เป็นภาวะที่สมองเสื่อมที่เกิดจาก Parkinson's disease เป็น Subcortical dementia ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว เป็นลักษณะเด่น มีอาการของโรคพาร์กินสัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) มาก่อน > 1 ปี มีอาการเสื่อมถอยของ cognition และพฤติกรรมอย่างช้าๆ เข้าข่ายภาวะสมองเสื่อม ภายหลังเริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน เช่น สมาธิไม่ดี ไม่สามารถมีใจจดจ่อ คิดช้า ไม่สามารถเริ่มต้นหรือวางแผนได้ มีความบกพรองด้าน visuo-spatial functions เช่น หลงทาง หรือมีปัญหาด้านความจำ ที่ส่งผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการเข้าสังคม

5. Dementia with Lewy bodies เกิดจากการพัฒนาของโปรตีนที่ผิดปกติภายในเซลล์สมอง มีประวัติหรือผลการทดสอบพบว่ามี progressive cognitive decline ได้แก่ ปัญหาความใส่ใจ (attention) ปัญหา visuospatial function เช่น หลงทางปัญหา constructional function เช่น การวาดภาพเชิงซ้อน ในระยะแรกหรือความจำถดถอย (memory impairment) ในระยะหลังมีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม มีเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เกิดขึ้นซ้ำๆที่มีลักษณะชัดเจนและมี รายละเอียด หรือ ประวัติหกล้มบ่อยๆ อาการเป็นลมหมดสติ ไวต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต เช่น การเกิด extrapyramidal symptoms (EPS) อาการหลงผิดที่มีรายละเอียด เป็นเรื่องเป็นราว (systematized delusion) มีความผิดปกติของพฤติกรรมของการนอนในช่วง rapid eye movement (REM Sleep) ได้แก่ อาการฝันร้ายรวมกับอาการนอนดิ้น หรือนอนละเมอ และ มีภาวะซึมเศร้าร่วม

6. Fronto-temperal dementia เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณด้านหน้าและด้านข้างของสมอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพซึ่งไม่เหมาะสม หรือทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้อื่น โดยมีอาการผิดปกติดังกล่าวหลายอาการ ตั้งแต่ช่วงแรกๆ (ภายใน 3 ปี) ของภาวะสมองเสื่อม ตัวอย เช่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (behavioral disinhibition) ความเฉยชาหรือเฉื่อยชา (apathy or inertia) ทำอะไรโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของคนอื่น (loss of sympathy or empathy) ทำพฤติกรรมรูปแบบซ้ำๆ หรือการกินอาหาร มากผิดปกติ เป็นต้น ความสามารถของการใช้ภาษาถดถอยลง เช่น การพูด อ่าน หรือเขียน การบอกชื่อสิ่งต่างๆ การบอกความหมายของคำศัพท์มีความบกพร่อง แต่ไม่เด่นชัดในเรื่องความจำ visuospatial function หรือ perception ในระยะแรกของ

โรค • มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม • มีอาการมากขึ้นอย่างช้าๆ (insidious onset and progressive)

7. Normal pressure hydrocephalus มีลักษณะทางคลินิก ดังต่อไปนี้ multiple cognitive deficits โดยเฉพาะ ความใส่ใจ (attention) การวางแผน ตัดสินใจบกพรอง (executive dysfunction) ความผิดปกติ ของการเดิน การทรงตัว (magnetic/ apraxic / parkinsonian gait หมุนตัวลำบาก) หรือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) มีผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม อาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ (insidious onset) มีอาการในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สรุป ชนิดของโรคสมองเสื่อม เป็นการจำแนกประเภทของโรคสมองเสื่อมตามสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2551) มีอยู่ 7 ชนิดได้แก่ Alzhiemer'disease, Alzhiemer'disease with cerebrovascular disease, Vascular dementia, Parkinson's disease dementia, Dementia with Lewy bodies, Fronto-temperal dementia และ Normal pressure hydrocephalus ซึ่งแต่ละชนิดจะมีอาการแสดงที่แตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรค

3.4.3.1 การประเมินชนิดของโรคสมองเสื่อม

3.8.1.1 แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยโรคในภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ แบ่งออก 7 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ 1) Alzheimer's disease (AD) 2) Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD) 3) Vascular dementia (VaD) 4) Parkinson's disease with dementia (PDD) 5) Dementia with lewy bodies (DLB) 6) Frontotemporal dementia (FTD) และ 7) Normal pressure hydrocephalus (NPH) เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์แก่แพทย์ผู้ใช้ทุกท่าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมโดยแบบประเมินแต่ละชุดประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ดังนี้ A ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม B ส่วนที่แนะนำให้ประเมินเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษา แบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2551) โดยผู้ใช้แบบประเมิน คือ แพทย์

3.4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคสมองเสื่อมกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซน์เมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ (Winter et al., 2011) บางการศึกษาพบว่าชนิดของโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์ กับอาการซึมเศร้าจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมอง

เสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (การุญพงค์ ภัทรามรุต, 2555) และบางการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) มากที่สุด (Enache et al., 2011) ซึ่งการเกิดอาการซึมเศร้าของโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง เกี่ยวเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลง และเกิดจากระบบการส่งสารสื่อประสาทถูกทำลาย จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Alexopoulos et al., 1997) ดังนั้นจึงสรุปว่า ชนิดของโรคสมองเสื่อม น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Pearlson et al. (1990) ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาที่ศูนย์วิจัยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิต Johns Hopkins รัฐซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนมกราคม 1979 ถึงเดือนมกราคม 1984 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทางการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการมีประวัติครอบครัวลำดับที่ 1 และ 2 เป็นโรคทางอารมณ์ หรือเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Ross et al. (1998) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้คิด ความพร่องในการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ที่มีอาการซึมเศร้า และไม่มีอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศอเมริกา 1,486 คน 183 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ผลการวิจัยพบว่า การรู้คิดและความพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) เช่นเดียวกันกับ การรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะลดลงในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้ามาก

Espiritu et al. (2001) ทำการศึกษาอาการซึมเศร้า ความพร่องการรู้คิดและการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกที่อยู่ภายใต้การดูแลของ The Detroit Satellite of the Michigan Alzheimer's disease Research Center ในประเทศอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสามารถทำนายการพร่องในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Starkstein et al. (2005) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ ตามแนวทางการวินิจฉัยโรค DSM-IV จำนวน 670 คนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสมองเสื่อม ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิในเมืองเบอนอสแอร์ประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 26 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive) ร่วม ร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้าร่วม และร้อยละ 48 ไม่มีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเป็นตัวทำนายความพร่องในการทำหน้าที่ และเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิต และอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น จะทำให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงด้วย

Fritze et al. (2011) ทำการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ ใน Western Norway ในระหว่างเดือนมีนาคม 2005-เดือนมีนาคม 2007 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คนที่ได้รับการวินิฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และคัดกรองอาการซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือ neuropsychiatric inventory (NRId) และ Montgomery and Asberg depression rating scale (MADRS) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด Lewy body dementia มีอัตราการมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่าชนิดอื่นๆ การศึกษานี้อธิบายว่าการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นมีความเชื่มโยงกับโปรตีนที่ชื่อว่า Apolipoprotein E (APOE) ที่มีการสะสมในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ความแตกต่างของเพศมีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยเพศหญิงที่เป็นโรคสมองเสื่อม จะมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Winter et al. (2011) ทำการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในแผนกจิตเวช สถาบัน Sklifosovski ในกรุงมอสโคว ประเทศรัสเซีย พบความชุกผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าร้อยละ 87 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาทั้งหมด อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบปัจจัยที่ทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้แก่ อายุ เพศ การรู้คิด และสถานภาพสมรส

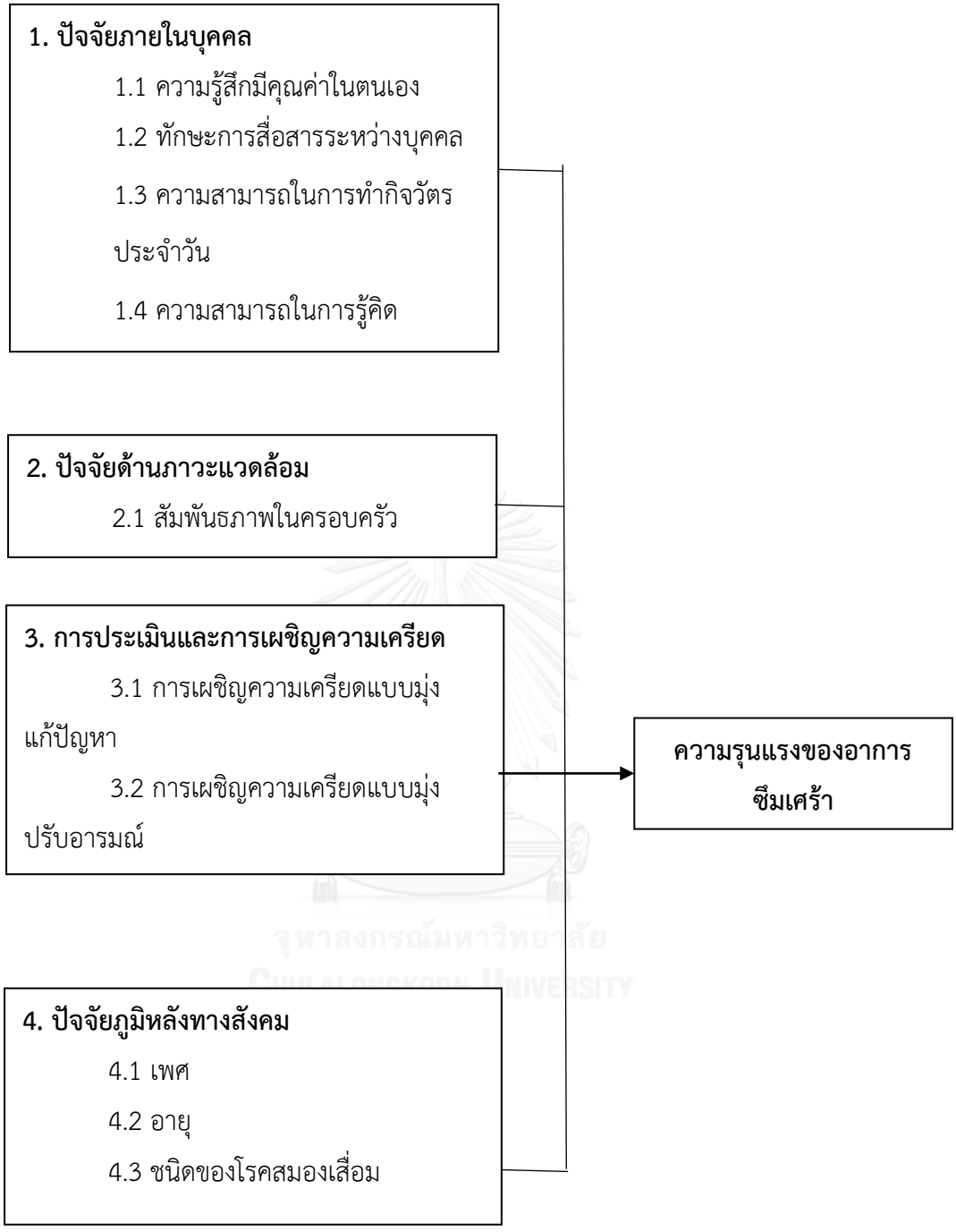
Knapskong et al. (2013) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารักษาคลินิกความจำจำนวน 1,470 คน โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Conell Scale for Depression in Dementia : CSDD) ผลการวิจัยพบว่า มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (CSDD > 7) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์มากถึงร้อยละ 37.5 และมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (CSDD > 12) ถึงร้อยละ 14.1 และพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

อายุ และการมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Borza et al. (2015) ทำการศึกษาอาการซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่ประเทศนอร์เวย์ ทั้งหมด 1158 ที่ ใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด 74 เดือน โดยใช้เครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Conell Scale for Depression in Dementia : CSDD) ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาโรคทางกาย จำนวนการใช้ยารักษาความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม และการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า มีผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)

การุณพงศ์ ภัทรามรุต (2555) ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 80 ราย อายุเฉลี่ย 77.16 - 8.16 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 67.5 เป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยร้อยละ 56.2 ระดับปานกลางร้อยละ 43.8ผลการวิจัยพบว่า พบความชุกและความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เท่ากับร้อยละ 48.8 และ 72.5 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า ได้ แก่ การใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic) ประวัติการมี โรคเบาหวาน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูงต่ำ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลสูง จำนวนเวลาเฉลี่ยต่อวันที่ ผู้ดูแลใช้ดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และเมื่อนำมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติ logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า คือ ลักษณะอาการและจำนวนของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับตัว และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอาจนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยผสมผสาน (An Integrative Framework) ของ Billing and Moos (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล 2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 3) การประเมินและการเผชิญความเครียด ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม ได้แก่ เพศ และ ปัจจัยด้าน อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด ชนิดของโรคสมองเสื่อม เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive correlation research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยในเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ เพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีวิธการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5th edition [DSM-V]) ร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นสมองเสื่อมตามแนวทางการจำแนกโรค (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5th edition [DSM-V]) ร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ โรงพยาบาลวชิระพยาบาลจำนวน 176 คน ระหว่างเดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวม 18-23 คะแนน

2) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia : CSDD) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

3) สามารถติดต่อสื่อสาร พูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามยินยอม

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

1) มีอาการทางกายรุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือขัดต่อการสัมภาษณ์

2) มีความคิดสับสน มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัด โดยมีพฤติกรรมโต้ตอบกับเสียงหูแว่ว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) มีสูตรในการคำนวณดังนี้

N = 10k+50 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

N = (10x11) + 50 = 160 คน

การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปร 11 ตัวแปร ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของการคำนวณ (ประคอง กรรณสูต, 2542) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 176 คน

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกจิตเวช ทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากนั้น คัดเลือกโรงพยาบาลที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การสุ่มแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีจับฉลาก 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล จำนวนประชากรในปีงบประมาณ 2556 ของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีทั้งหมด 1011 คน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีทั้งหมด 801 คน รวมกลุ่มประชากรทั้งหมด 1812 คน

2.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน ดังตารางต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2556

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1.โรงพยาบาลรามาธิบดี	1,011	56	99
2.โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	801	44	77
รวม	1,812	100	176

2.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบจำนวนทั้งสิ้น 176 คน ตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีวิธีการคัดลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.3.1 ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าทุกโรงพยาบาลที่ได้มาจากการสุ่มให้เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล

2.3.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิคจิตเวชในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม พ.ศ. 2558 รวมทั้งหมด 225 ราย จากนั้นผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) โดยประเมินระดับความสามารถในการรู้คิด ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนน 18-23 คะแนน และประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2556) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป หมายความว่าเป็นโรคซึมเศร้าอย่างแน่นอน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยการดำเนินการวิจัยจะกระทำภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมมการจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดจนครบ 176 คน ตามสัดส่วนของโรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลรามาธิบดี	วันจันทร์ – วันพุธ – วันศุกร์	เวลา 08.00 – 12.00 น.
โรงพยาบาลวชิระพยาบาล	วันอังคาร – วันพฤหัสบดี	เวลา 08.000 – 12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย10 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 132 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีคำถาม 10 ส่วนได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่และการใช้แอลกอฮอล์ ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือกและระบุรายละเอียดบางส่วน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Thai mental state Examination (TMSE) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัย ตรวจหาความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) และใช้ติดตามประเมินผลในผู้ป่วยความจำเสื่อม ผ่านการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุชาวไทยจำนวน 50 คน พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ของแบบทดสอบเท่ากับร้อยละ 82 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 70 (ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, 2557) คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน จุดตัดคะแนนอยู่ที่ 23 คะแนน หากคะแนนรวมต่ำกว่า 23 คะแนน หมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย, 2536) แบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการ คือ

การรับรู้ (orientation)	ประกอบด้วย	6 ข้อคำถาม 6 คะแนน
การจดจำ (registration)	ประกอบด้วย	3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
ความใส่ ใจ (attention)	ประกอบด้วย	5 ข้อคำถาม 5 คะแนน
การคำนวน (calculation)	ประกอบด้วย	3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
ด้านภาษา (language)	ประกอบด้วย	10 ข้อคำถาม 10 คะแนน
การระลึกได้ (recall)	ประกอบด้วย	3 ข้อคำถาม 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย, 2536)

คะแนนน้อยกว่า 11	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง
คะแนนระหว่าง 11-17	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 18-23	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย
คะแนนมากกว่า 23	หมายถึง	มีความสามารถในการรู้คิดปกติ

คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบสมรรถสภาพสมองไทยมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน
เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบทดสอบสภาพสมองไทยนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการจัดลำดับของเนื้อหา ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจง่ายและกระชับของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2553) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบสภาพสมองไทยได้เท่ากับ 1 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia : CSDD) สร้างขึ้นโดย Alexopoulos et al. (1988) ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่ง CSDD original version มีค่า inter-rater reliability 0.67 และ internal consistency 0.84 พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2550) โดยฉบับภาษาไทยได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ ของแบบสอบถามแล้วพบว่ามี ค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.85 เครื่องมือนี้จะประกอบด้วยคำถาม 2 ชุด สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละชุดมีคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาแล้วเปรียบเทียบคะแนนที่ได้ จากผู้ป่วยและผู้ดูแล ถ้าคะแนนมี ความเห็นไม่ตรงกันให้เอาคะแนนของผู้ที่เชื่อถือได้มากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ เป็นคนประเมินใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Question) แต่ละข้อมีคะแนน 0-2 คะแนน (0=ไม่มี, 1=เล็กน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ, 2-รุนแรง) คะแนนรวม 27 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้จากคำตอบในแต่ละข้อของผู้ป่วยมานับนรวมกัน

เกณฑ์การแปลผล

คะแนน 0-5 หมายถึง absence of depression

คะแนน 6-10 หมายถึง suggestive of depression

คะแนน 11-18 หมายถึง probable major depression

คะแนน 19-27 หมายถึง definite major depression

ถ้าผลรวมของคะแนนได้สูงกว่า 9 คะแนนบ่งบอกว่าน่าจะมีโรคซึมเศร้า คะแนนสูงกว่า 11 คะแนนบ่งบอกว่ามีโรคซึมเศร้าอย่างแน่นอน คะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ไม่น่าจะมีอาการซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญ (ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2556)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้เท่ากับ 1 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .81 และ .82 สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตามลำดับ ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Mary land and Barthel (1955) พัฒนามาจาก Jitapunkul et al. (1994) มาตรวัดประมาณค่า (Rating Question) แบ่งเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living / ADL) เป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย ผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson ไดคาความเชื่อมั่น เทากับ 0.81 (บุษบา คำสวน, 2554) ดัชนีนี้กำหนดให้มีกิจกรรมที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ดังต่อไปนี้

1.	การรับประทานอาหาร (feeding)	2	คะแนน
2.	การเคลื่อนย้าย (Transfer)	3	คะแนน
3.	การเดินการเคลื่อนที่ (Mobility)	3	คะแนน
4.	การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	2	คะแนน
5.	การอาบน้ำ เช็ดตัว (Bathing)	1	คะแนน
6.	สุขวิทยาส่วนบุคคล (Groming)	1	คะแนน
7.	การใช้ห้องสุขา หรือ กระโถน (Toilet use)	2	คะแนน

8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels)	2	คะแนน
9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder)	2	คะแนน
10. การขึ้นลงบันได (Stairs)	2	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 20 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนของแต่ละข้อมานับรวมกัน

คะแนน	0-4 คะแนน	หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด
คะแนน	5-8 คะแนน	หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่
คะแนน	9-11 คะแนน	หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน
คะแนนตั้งแต่	12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เท่ากับ 1 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการให้ความรัก ความห่วงใย อาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในสังคม การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่ นัยนา อินธโชติ (2545) ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี ฐิตะบุระ (2536) ตามแนวความคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1986) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wikson,1961) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.79 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยเลย ลักษณะข้อคำถามมี 2 ประเภท คือข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,6,13,18 และข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,14,15,16,17,19,20 คะแนนรวม 100 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนในแต่ละข้อมานับรวมกัน และนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นคิดระดับของคะแนนโดยนำคะแนนเต็มหารจำนวนข้อคำถาม และแบ่งเป็น 5 ช่วงและจัดลำดับคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุด ไปมากที่สุด (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

เกณฑ์การให้คะแนน	**คำถามเชิงบวก**	**คำถามเชิงลบ**
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจง่ายและกระชับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวได้เท่ากับ .85 ดังแสดงในภาคผนวก

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 7 และ 20 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
18. สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่เห็นด้วยกับการกระทำที่ท่านคิดว่ามีเหตุผลหรือถูกต้อง	18. สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่เห็นด้วยกับการกระทำที่ท่านคิดว่ามีเหตุผลหรือปฏิบัติถูกต้องแล้ว
20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน	20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน และการจ่ายตลาด

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) (Rosenberg's Self Esteem Scale – RSES) ซึ่งเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และ นิษา สมานทรัพย์ (2554) นำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อความที่เป็นไปได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบแบบประเมินให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีรายละเอียดดังนี้

ข้อความที่มีความหมายในเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 และ ข้อความที่มีความหมายในเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 คะแนนรวม 40 คะแนน คิดคะแนนโดยการนำคะแนนในแต่ละข้อมานับรวมกัน

เกณฑ์การให้คะแนน	**คำถามเชิงบวก**	**คำถามเชิงลบ**
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนรวม 1- 20 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ

คะแนนรวม 21-30 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง

คะแนนรวม 31-40 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรค

สมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้เท่ากับ 0.80 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

แบบสอบถามการประเมินทักษะการสื่อสารระหว่าบุคคล ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ธีราลักษณ์ ฉิมพาลี (2546) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995) มีทั้งหมด 27 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินทักษะการสื่อสารรหว่างบุคคลของพนักงานคนไทยในบริษัทต่างชาติญี่ปุ่น ผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 โดยจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ จำนวน 6 ข้อได้แก่ข้อ 22-26 ซึ่งผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปจำนวน 6 ข้อ เหลือข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินเพียง 21 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล 5 ด้าน ประกอบด้วย การเปิดเผยตนเอง การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ การสนับสนุนเกื้อกูลคู่สนทนา การสื่อสารในทางบวก และความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

ทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง
น้อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติตามข้อความนนั้นน้อยครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ ตามข้อความนั้น

ลักษณะข้อคำถามมี 2 ประเภท คือข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 และข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1-20

เกณฑ์การให้คะแนน	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อยครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคย	1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนรวม 105 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนในต่ละข้อมานับรวมกัน และนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นคิดระดับของคะแนนโดยนำคะแนนเต็มหารจำนวนข้อคำถาม และแบ่งเป็น 5 ช่วงและจัดลำดับคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุด ไปมากที่สุด (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายความว่า ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูงมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายความว่า ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายความว่า ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายความว่า ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายความว่า ประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของของแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลได้เท่ากับ .81 ดังแสดงในภาคผนวก ช ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 21 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
21. ท่านจะไม่พูดคุยกับคนที่มีฐานะต่ำกว่าท่าน	21. ท่านจะไม่พูดคุยกับคนที่มีฐานะทางสังคมต่ำกว่าท่าน

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ประเมินได้จากแบบสอบถาม ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สิริลักษณ์ วัฒนพงษ์ (2539) และสุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ได้นำมาประยุกต์และเลือกมาเพียง 6 ข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ .79 ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยคำถามทางบวกจะมีคะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด – เห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึงมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ คิดคะแนนโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการหาค่าเฉลี่ยและการให้ความหมายของคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้อยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา นี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้เท่ากับ 1 ดังแสดงในภาคผนวก ช 6

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

ประเมินจากแบบสอบถามตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สิริลักษณ์ วัฒนพงษ์ (2539) โดย สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ได้นำมาประยุกต์และเลือกมาเพียง 6 ข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .78 ใช้มาตรวัดแบบลิเคร์ท (Likert Scale) โดยคำถามทางบวกจะมีคะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด – เห็นด้วยน้อยที่สุด มีคะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 และคะแนนเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ตามลำดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึงมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ คิดคะแนนโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการหาค่าเฉลี่ยและการให้ความหมายของคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ นี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้เท่ากับ 0.87 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 ดังแสดงในภาคผนวก ช

ส่วนที่ 10 แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Hamilton (1960) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามลำดับความรุนแรงของโรค แปลเป็นฉบับภาษาไทย

โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ผ่านการทดสอบดูความแม่นยำและความสอดคล้องภายใน แล้วพบว่า ค่า Internal reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ0.87 ความแม่นตรงของแบบวัดเมื่อเทียบกับ Global Assessment scale พบว่ามีค่า Spearman's correlation coefficient = -.8239 ความสอดคล้องภายในของแบบวัดมีค่า standard cronbach's alpha coefficient = 0.7380 มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งระดับของความรุนแรง ตั้งแต่

0-2 คะแนน ทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 12, 13, 14 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

รุนแรง (2 คะแนน)

0-4 คะแนน ทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 15 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน)

ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน)

รุนแรงมาก (4 คะแนน)

ยกเว้นข้อ 16,17 ให้คะแนนดังนี้

ข้อ 16 เลือกถามเพียง ก หรือ ข อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น โดย ก ถามจากผู้ป่วย ข ความเห็นจากจิตแพทย์ผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกถามข้อ ก ทุกราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0 ไม่มีน้ำหนักลด

1 อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

2 น้ำหนักลดลงชัดเจน

3 ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์ โดยจิตแพย์ประจำหอผู้ป่วย

0 น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

1 น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ ใน 1 สัปดาห์

2 น้ำหนักลดน้อยดกว่า 2 ปอนด์ ใน 1 สัปดาห์

3 ไม่ได้ประเมิน

ข้อ 17 0-3 คะแนน ดังนี้

0 ตระหนักว่าตนเองซึมเศร้าและเจ็บป่วย

1 ตระหนักว่าตนเองกำลังป่วย แต่โยงกับสาเหตุจา รับประทานอาหารไม่มีคุณค่า ดิน ฟ้า อากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่รุนแรง

คิดคะแนนโดยนำคะแนนในแต่ละข้อมานับรวมกัน

การแปลความหมาย

คะแนนรวมทั้งหมด 52 คะแนน	แบ่งเป็น	
0-7 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8-12 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
13-17 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
18-29 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
มากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินความรุนแรงของอาการ นี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้เท่ากับ 1 ดังแสดงในภาคผนวก ช หน้าที่ 216

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 ดังแสดงในภาคผนวก ช

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การคัดเลือกและตรวจสอบเครื่องมือที่นำมาใช้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษา และทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ อายุ เพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพในครอบครัว ชนิดของโรคสมองเสื่อม การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จากแนวคิด ทฤษฎี และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องจากสถาบันการศึกษา หน่วยงานต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือการวิจัย

2. วิเคราะห์เครื่องมือที่จะนำมาใช้วิจัย โดยเลือกจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกัน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และกรอบแนวคิดของการวิจัย

3. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงและแก้ไข ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

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

การพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ตัดสินโดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องและยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 2 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับคำนิยามน้อย

คะแนน 3 หมายถึง คำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับคำนิยามมาก

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยดำเนินการให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ตรวจสอบเครื่องมือแล้ว มีผลการทดสอบ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	**ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือฯ**
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	0.80
แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น	1.00
แบบประเมินอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย	1.00
แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	1.00
แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	0.85
แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.80
แบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล	0.81
แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา	1.00
แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	0.87
แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	1.00

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เลือกมา และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาล รามาธิบดี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 30 คน

4.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

4.3 วิเคราะห์ค่าความความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย แบบประเมิน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของเครื่องมือทุกฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	**การทดสอบ (n = 30)**	**การทดสอบ (n = 176)**
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย	.85	.75
แบบประเมินอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (สัมภาษณ์ผู้ป่วย)	.81	.72
แบบประเมินอาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (สัมภาษณ์ผู้ดูแล)	.82	.79
แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	.96	.92
แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	.94	.96
แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ	.91	.82
แบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล	.92	.87
แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	.92	.91
แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	.80	.73
แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.84	.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล เป็นขั้นตอนดังนี้

1.ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลวชิระพยาบาล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละโรงพยาบาลตามเวลา ดังนี้

โรงพยาบาลรามาธิบดี วันจันทร์ – วันพุธ – วันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น.

โรงพยาบาลวชิระพยาบาล วันอังคาร – วันพฤหัสบดี เวลา 08.000 – 12.00 น.

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนก เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ขอความร่วมมือในการข้าร่วมการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูลเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างญาติเข้าใจ ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามของแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างและญาติฟัง และกลุ่มตัวอย่างและญาติ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

5.กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำก่อนเช่น พบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมดังกล่าวก่อน และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อย

6. เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูล

7.เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

8.กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ

9.ดำเนินการตามข้อ 3-8 ใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เป็นระยะเวลานาน 28 สัปดาห์ ระหว่างเดือน เมษายน 2558 - ตุลาคม 2558 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 176 คน จึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2558 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิ์ในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และหากมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้าพบจิตแพทย์ รวมทั้งประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ และหากมีคำถาม หรือความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามต้องการ ผู้วิจัยทำการลงรหัสข้อมูลในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (±S.D) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ และใช้สถิตินอนพาราเมตริก (Non-Parametric Statistic) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistic) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า สถิติเชิงบรรยายที่นำมาใช้ คือ

1.1 การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว ประวัติการใช้ยา ลักษณะการอยู่อาศัย

1.2 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$?) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (±S.D) อธิบาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด ชนิดของโรคสมองเสื่อม และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เสปียร์แมน (Spearman’s Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2553; จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

2.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ชนิดของโรคสมองเสื่อม กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี (Contingency coefficient) เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

2.3 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และอายุ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression) เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2550)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบค่า ρ โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2553)

ค่า Spearman rho (ρ) มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ซึ่งบอกให้ทราบถึงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หากคาสัมประสิทธสหสัมพันธมีคาเขาใกล-1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธกันในระดับสูง แตหากมีคาเขาใกล 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธกันในระดับนอย หรือไมมีเลยส่วนเครื่องหมาย ± ที่อยู่ข้างหน้าค่า Spearman rho (ρ) บอกให้ทราบทิศทางของตัวแปร

คาความสัมพันธ์	**ระดับของความสัมพันธ**
.90 - 1.00	มีความสัมพันธกันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธกันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธกันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธกันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธกันในระดับต่ำมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกจิตเวช) โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 176 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน ทั้งหมด 10 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบวัดความสามารในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและขั้นสูง แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบวัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งประบอารมณ์ และแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 132 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคสมองเสื่อม ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะการอยู่อาศัย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพศ อายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และชนิดของโรคสมองเสื่อม โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตร ความสามารถในการรู้คิดประจำวัน กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยใช้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เสปียร์แมน (Spearman’s Rank Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ชนิดของโรคสมองเสื่อม กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี (Contingency coefficient)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยร่วมทำนาย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression analysis)

เพื่อความเข้าใจในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงนำสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	=	ค่าเฉลี่ย
±S.D	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Sig.	=	ค่า p-value
*	=	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
**	=	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
ρ	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน
C	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตอนเจนซี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคสมองเสื่อม ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะการอยู่อาศัย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ปรากฏผลดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 176)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=176)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	73	41.5
หญิง	103	58.5
อายุ ($\overline{X}$ =76.28 , ±S.D.=8.146)		
60 - 69 ปี	38	21.6
70 - 79 ปี	71	40.3
80 ปีขึ้นไป	67	38.1
สถานภาพสมรส		
โสด	21	11.9
คู่	84	47.7
หม้าย	62	35.2
หย่า / แยกกันอยู่	9	5.1
ชนิดของโรคสมองเสื่อม		
Alzheimer’s disease	79	44.9
Alzheimer’s disease with cerebrovascular disease	6	3.4
Vascular dementia	48	27.3
Parkinson's disease dementia	1	.6
Dementia with lewy body	4	2.3
Unspecified dementia	38	21.6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=176)	ร้อยละ (%)
จำนวนโรคที่เจ็บป่วย		
ไม่มี	27	15.3
1 โรค	77	43.8
2 โรค	41	23.3
3 โรค	28	15.9
4 โรค	3	1.7
ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว		
ไม่มี	149	84.7
มี	27	15.3
ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช		
ไม่มี	145	82.4
มี	31	17.6
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่มี	173	98.3
มี	3	1.7
ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่มี	149	84.7
มี	27	15.3
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่กับครอบครัว	162	92.0
อาศัยอยู่กับญาติ	4	2.3
อาศัยอยู่บ้านพักคนชราหรือสถานพยาบาล	6	3.4
อื่นๆ	4	2.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 สถานภาพคู่ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ มากที่สุด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีจำนวนโรคที่เป็นอยู่ 1 โรค จำนวน 77คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 ไม่มีประวัติการใช้ยาทางจิตเวช จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 98.3 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 และอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 92

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพศ อายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และชนิดของโรคสมองเสื่อม โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (n = 176)

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (n=176)	ร้อยละ (%)
อาการซึมเศร้าเล็กน้อย	8 – 12	8 - 12	48	27.3
อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง	13 – 17	13 - 17	53	30.1
อาการซึมเศร้าระดับมาก	18 – 29	18 - 28	72	40.9
อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง	มากกว่า 30	32	3	1.7

($\overline{X}$ = 17.5, ±S.D.= 6.16, Min=8, Max=32)

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 และมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า เท่ากับ 17.5 (คะแนนเต็ม 52 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 6.16 ค่าคะแนนต่ำสุดของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 8 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 32 คะแนน

ตารางที่ 9 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (n = 176)

ระดับอาการซึมเศร้า	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	$\overline{X}$	±S.D.
เล็กน้อย	8 – 12	8 - 12	10.35	1.69
ปานกลาง	13 – 17	13 – 17	15.66	1.38
มาก	18 – 29	18 – 28	23.09	3.03
รุนแรง	มากกว่า 30	32	32	0
รวม	8 - 52		17.50	6.160

จากตารางที่ 9 แบ่งระดับอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ปานกลาง มาก และรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับอาการซึมเศร้ามาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 รองลงมาคือ มีระดับอาการซึมเศร้าปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 ระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.69 ตามลำดับ และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง คะแนนเฉลี่ย 32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า เท่ากับ17.5 (คะแนนเต็ม 52 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 6.160 ค่าคะแนนต่ำสุดของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 8 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 32 คะแนน

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจำแนกตามเพศ (n = 176)

เพศ	ระดับอาการซึมเศร้า				
	เล็กน้อย (n : %)	**ปานกลาง (n : %)**	**มาก (n : %)**	**รุนแรง (n : %)**	**รวม (n : %)**
ชาย	15 : 20.55	23 : 31.51	35 : 47.94	0 : 0	73 : 100
หญิง	33 : 32.03	30 : 29.13	37 : 35.93	3 : 2.91	103 : 100

จากตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการซึมเศร้ามากเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 176 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด 73 ราย มีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 35 รายคิดเป็นร้อยละ 47.94 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.51 และระดับเล็กน้อยจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.55 ตามลำดับ และ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีจำนวนทั้งหมด 103 ราย มีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.93 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.03 ระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.13 และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจำแนกตามอายุ (n = 176)

อายุ	ระดับอาการซึมเศร้า				
	เล็กน้อย (n : %)	ปานกลาง (n : %)	มาก (n : %)	รุนแรง (n : %)	รวม (n : %)
60 - 69 ปี	12 : 31.58	7 : 18.42	17 : 44.74	2 : 5.26	38 : 100
70 - 79 ปี	16 : 22.53	25 : 35.22	29 : 40.84	1 : 1.41	71 : 100
80 ปีขึ้นไป	20 : 29.86	21 : 31.34	26 : 38.80	0	67 : 100

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุช่วง 70-79 ปี จำนวน 71 ราย ซึ่งมีระดับอาการซึมเศร้ามากจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.84 รองลงมา คือระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 35.22 ระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ22.53 และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.41 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 67 ราย มีระดับอาการซึมเศร้ามากจำนวน 26 ราย คิดป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ ระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.86 และ ระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.86 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวน 38 ราย มีระดับอาการซึมเศร้ามากจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.74 รองลงมาคือ ระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 ระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ18.42 และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (n = 176)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	จำนวน (n=176)	ร้อยละ (%)	$\overline{X}$	±SD
ต่ำ	1 – 20	13 - 20	32	18.2	19.15	2.09
ปานกลาง	21 – 30	21 - 30	117	65.5	25.76	2.87
สูง	31 – 40	31 - 35	27	15.3	33.39	1.32
รวม	1 - 40	13 - 35	176	100	25.72	4.81

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในระดับปานกลาง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 คะแนนเฉลี่ย 25.76 ส่วนเบียงเบนมาตรฐาน 2.87 รองลงมาคือมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ในระดับต่ำ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 คะแนนเฉลี่ย 19.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.09 และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ในระดับสูง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 คะแนนเฉลี่ย 33.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 25.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 4.81 ค่าคะแนนต่ำสุดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 13 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 35 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล (n = 176)

การสื่อสารระหว่างบุคคล	**ค่าที่เป็นไปได้**	**ค่าที่เป็นจริง**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	$\overline{X}$	**±SD**
ต่ำ	1.81 – 2.60	2.14 – 2.57	7	4.0	2.33	0.57
ปานกลาง	2.61 – 3.40	2.67 – 3.38	91	51.7	2.96	0.23
สูง	3.41 – 4.20	3.43 – 4.19	67	38.1	3.64	0.48
สูงมาก	4.21 – 5.00	4.24 – 4.76	11	6.3	4.54	0.52
รวม	1.00 - 5.00	2.14 – 4.76	176	100	3.35	0.52

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสื่อสารระหว่างบุคคล ในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ มีการสื่อสารระหว่างบุคคล ในระดับสูง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 และมีการสื่อสารระหว่างบุคคล ในระดับสูงมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เท่ากับ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.52 ค่าคะแนนต่ำสุดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เท่ากับ 2.14 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลเท่ากับ 4.76 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสื่อสารระหว่างบุคคลจำแนกรายด้าน (n = 176)

ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	$\overline{X}$	±SD	ระดับ
ด้านการเปิดเผยใจกว้าง	3.17	0.33	ปานกลาง
ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	3.16	0.50	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนเกื้อกูลคู่สนทนา	3.28	0.22	ปานกลาง
ด้านการติดต่อสื่อสารทางบวก	3.55	0.16	สูง
ด้านความเสมอภาคในการสื่อสาร	3.86	0.29	สูง
รวม	3.35	0.52	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลด้านการติดต่อสื่อสารทางบวกและด้านความเสมอภาคในการสื่อสารอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ย 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 และคะแนนเฉลี่ย 3.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 ตามลำดับ ส่วนด้านความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐานเท่ากับ 0.50

ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 176)

สัมพันธภาพในครอบครัว	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ	$\overline{X}$	±SD
ไม่มีเลย	1.00 – 1.49	1.45	3	1.7	1.3	0.1
น้อย	1.50 – 2.49	1.70 – 2.45	39	22.2	2.07	0.25
ปานกลาง	2.50 – 3.49	2.55 – 3.45	78	44.3	3.03	0.32
มาก	3.50 – 4.49	3.50 – 4.40	56	31.8	3.89	0.22
รวม	1.00 - 5.00	1.45 – 4.40	176	100	3.05	0.70

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับปานกลาง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับมาก จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 และมีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับน้อย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.70 ค่าคะแนนต่ำสุดสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 1.45 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 4.40 คะแนน

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวจำแนกรายด้าน (n = 176)

สัมพันธภาพครอบครัว	$\overline{X}$	±SD	ระดับ
ด้านการให้ความรัก ความห่วงใย อาทร	3.07	0.70	ปานกลาง
ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน	2.77	0.61	ปานกลาง
ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน	3.04	0.18	ปานกลาง
ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	2.64	0.45	ปานกลาง
รวม	3.05	0.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของ สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการให้ความรัก ความห่วงใย อาทร มากที่สุด รองลงมาคือสัมพันธภาพครอบครัวด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และน้อยที่สุดคือด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน และปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (n = 176)

การเผชิญเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ	$\overline{X}$	±SD
ต่ำมาก	1.00 – 1.49	1.70	3	1.7	1.23	0.15
ต่ำ	1.50 – 2.49	2.00	1	0.6	1.70	0
ปานกลาง	2.50– 3.49	2.67 – 3.33	52	29.5	3.01	0.35
สูง	3.50 – 4.49	3.50 – 4.33	120	68.2	3.92	0.34
รวม	1.00 - 5.00	1.70 – 4.33	176	100	3.60	0.68

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ในระดับสูง จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาคือ มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ในระดับปานกลาง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในระดับต่ำมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ 0.68 ค่าคะแนนต่ำสุดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ 1 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ 5 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละ ของระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (n = 176)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	**ค่าที่เป็นไปได้**	**ค่าที่เป็นจริง**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	$\overline{X}$	**±SD**
ต่ำ	1.50 – 2.49	1.50 – 2.38	18	10.2	1.92	0.40
ปานกลาง	2.50 – 3.49	2.50 – 3.38	94	53.4	3.01	0.79
สูง	3.50 – 4.49	3.50 – 4.38	64	36.4	3.90	0.44
รวม	1.50 - 5.00	1.50 – 4.38	176	100	3.26	0.59

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับปานกลางจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับสูง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 และมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับต่ำ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ 0.59 ค่าคะแนนต่ำสุดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ 1.50 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ 4.38 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความสามารถในการรู้คิด (n = 176)

ความสามารถในการรู้คิด	**ค่าที่เป็นไปได้**	**ค่าที่เป็นจริง**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	$\overline{X}$	**±S.D**
ระดับปานกลาง	11 – 18	18	7	3.98	18	0
ระดับเล็กน้อย	19 – 23	19 - 23	169	96.02	22.20	1.34
รวม	11 - 23	18 - 23	176	100	21.36	1.98

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 21.36 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 96.02 รองลงมาคือ มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.98 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรู้คิดเท่ากับ 21.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 1.98 ค่าคะแนนต่ำสุดความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 18 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดความสามารถในการรู้คิด เท่ากับ 23 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (N = 176)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ	$\overline{X}$	±S.D
มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด	0 – 4	4	2	1.1	4	0
มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่	5 – 8	5 - 8	28	15.9	6.8	0.81
มีภาวะพึ่งพาบางส่วน	9 – 11	9 – 11	51	29.0	9.94	0.61
มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย	มากกว่า 11	13 - 20	95	54.0	17.67	2.28
รวม	0 - 20	4 - 20	176	100	13.55	4.93

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 13.55 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาบางส่วน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0 และมีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 13.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 4.93 ค่าคะแนนต่ำสุดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 4 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 20 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (±S.D.) ของปัจจัยคัดสรร

ปัจจัยคัดสรร	$\overline{X}$	±S.D.	ระดับ
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	17.50	6.11	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	25.72	4.81	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	3.35	0.52	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัว	3.05	0.70	ปานกลาง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	3.60	0.68	สูง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	3.26	0.59	ปานกลาง
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	13.55	4.93	พึ่งพาเล็กน้อย
ความสามารถในการรู้คิด	21.36	1.98	สมองเสื่อมเล็กน้อย

จากตารางที่ 21 เพื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยคัดสรร พบว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าพบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.11 อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.81 อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 อยู่ในระดับ ปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัว พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.70 อยู่ในระดับปานกลาง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 อยู่ในระดับสูง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ พบค่าเฉลี่ย 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 อยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการรู้คิด พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98 อยู่ในระดับเล็กน้อย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.93 อยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยใช้สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ชนิดของโรคสมองเสื่อม กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คอนติเจนซี (Contingency coefficient)

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (ρ), ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนจินเตนซี (C) และระดับความสัมพันธ์ของปัจจัย

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			ระดับความสัมพันธ์
	ρ	C	p-value	
ปัจจัยภายในบุคคล				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-0.371		.000	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	-0.478	.	.000	ปานกลาง
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0.509		.000	สูง
ความสามารถในการรู้คิด	-0.209		.005	ต่ำ
ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม				
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.559	.	000	สูง
การประเมิน และการเผชิญความเครียด				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-0.142		.060	ไม่มีความสัมพันธ์
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	0.299		.000	ต่ำ
ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม				
เพศ		0.206	.100	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	-0.046		.546	ไม่มีความสัมพันธ์
ชนิดของโรคสมองเสื่อม		0.321	.443	ไม่มีความสัมพันธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 22 พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.371, p = .000) ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.478, p = .000) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.509, p = .000) และความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.209, p = .005) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.546, p = .000) การประเมิน และการเผชิญความเครียด พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.142, p = .060) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.299, p = .000) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม พบว่า เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ค่าถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ ระหว่างปัจจัยร่วมทำนาย ได้แก่

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression analysis)

ตารางที่ 23 แสดงความกลมกลืนของแบบจำลอง และความสามารถในการทำนายตัวแปรตาม

-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square	p-Value
342.414	0.857	0.952	.000

จากตารางที่ 23 แสดงให้เห็นว่า ค่า -2 Log likelihood มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าสมการ หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นมีคุณภาพ ค่า Cox & Snell R^2 เท่ากับ 0.857 มีค่าไม่เข้าใกล้ศูนย์ หมายความว่า แบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกัน ค่า Nagelkerke R^2 เท่ากับ 0.952 หมายความว่า ตัวแปรต้นต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ ร้อยละ 95.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 24 ตัวแปรที่มีผลต่อสมการพยากรณ์ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ตัวแปร	B	±S.E.	Wald	df	p - value	95% Confidence Interval	
						Lower bound	Upper bound
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	4.068	0.712	32.664	1	.000	2.673	5.463
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน	1.678	0.445	14.356	1	.000	0.814	2.559
ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง	-2.157	0.638	11.434	1	.001	-3.407	-0.907
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง	-1.517	0.436	12.134	1	.000	-2.371	-.664

จากตารางที่ 24 พบว่า ตัวแปรที่เหมาะสมในการทำนายโอกาสการเกิดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (wald =32.664, 14.356, 11.434, 12.134 ตามลำดับ) และ ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 4 เท่า (B=4.068, p< .05) ผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 1.7 เท่า (B=1.678, p< .05) ผู้ที่มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 2 เท่า (B=-2.157, p< .05) และผู้ที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 1.5 เท่า (B=-1.517, p< .05)

โดยตัวแปรอิสระ 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.2 (Nagelkerke R^2=0.952, $p < .05$)

สามารถสร้างสมการทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ดังนี้

$\hat{y}$ =-3.372+ 4.068 (สัมพันธภาพในครอบครัว) -2.157 (ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล) +1.687 (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) -1.517 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive correlation research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า และเพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

สมติฐานการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3. เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม สามารถร่วมกันทำนาย ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค Desk Reference to the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5^{th} ร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดในโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 176 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามสูตรของ Thorndlike ,1987 (อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวม 18 ตะแนนขึ้นไป และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยใช้แบบประเมิน แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถติดต่อสื่อสาร พูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามยินยอม และไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง หรืออยู่ในภาวะวิกฤต และไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก คือ มีอาการทางกายรุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือขัดต่อการสัมภาษณ์โดยกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าตามรายงานของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 10ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 132 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีคำถาม 10 ส่วนได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่และการใช้แอลกอฮอล์ ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือกและระบุรายละเอียดบางส่วน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัย ตรวจหาความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) และใช้ติดตามประเมินผลในผู้ป่วยความจำเสื่อม สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) และพัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) คะแนนรวม 30 คะแนน แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia : CSDD) (สัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2550) เครื่องมือนี้จะประกอบด้วยคำถาม 2 ชุด สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละชุดมีคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาแล้วเปรียบเทียบคะแนนที่ได้ จากผู้ป่วยและผู้ดูแล ถ้ามีความเห็นไม่ตรงกันให้นำคะแนนของผู้ที่เชื่อถือได้มากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ เป็นคนประเมินใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Question) แต่ละข้อมีคะแนน 0-2 คะแนน (0= ไม่มี, 1= เล็กน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ, 2= รุนแรง) 8 คะแนนจะนับรวมกันอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน ถ้าผลรวมของคะแนนได้สูงกว่า 9 คะแนนบ่งบอกว่าน่าจะมีโรคซึมเศร้า คะแนนสูงกว่า 11 คะแนนบ่งบอกว่ามีโรคซึมเศร้าอย่างแน่นอน คะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ไม่น่าจะมีอาการซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .81 และ .82 สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Mary land and Barthel (1955) พัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1994) มาตรวัดประมาณค่า (Rating Question) แบ่งเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living / ADL) เป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย ดัชนีนี้กำหนดให้มีกิจกรรมที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร (feeding) การเคลื่อนย้าย (Transfer) การเดินการเคลื่อนที่ (Mobility) การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การอาบน้ำ เช็ดตัว (Bathing) สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming) การใช้ห้องสุขา หรือ กระโถน (Toilet use) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder) การขึ้นลงบันได (Stairs) คะแนนรวม 20 คะแนน แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการให้ความรัก ความห่วงใย อาทร ซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในสังคม การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่ นัยนา อินธโชติ (2545) ดัดแปลงมาจากแบบวัด

สัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี ฐิตะบุระ (2536) ซึ่งใช้วัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจตามแนวความคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1986) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961) โดยปรับข้อคำถามให้มีความเหมะสมกับเยาวชนผู้เสพยาบ้าร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.85 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg's Self Esteem Scale-RSES โดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) นิษา สมานทรัพย์ (2554) ได้นำมาปรับใช้ วัดค่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ คำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อความที่เป็นไปได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบแบบประเมินให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0. 85 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

ส่วนที่ 7 แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ธีราลักษณ์ ฉิมพาลี (2546) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995) มีทั้งหมด 27 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินทักษะการสื่อสารรหว่างบุคคลของพนักงานคนไทยในบริษัทต่างชาติญี่ปุ่น โดยจะมีข้อคำถามเกียวกับทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษจำนวน 6 ข้อได้แก่ข้อ 22-26 ซึ่งผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปจำนวน 6 ข้อ เหลือข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินเพียง 21 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล 5 ด้าน ประกอบด้วย การเปิดเผยตนเอง การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ การสนับสนุนเกื้อกูลคู่สนทนา การสื่อสารในทางบวก และความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.81 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .92

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สิริลักษณ์ วัฒนพงษ์ (2539) โดย สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ได้นำมาประยุกต์และเลือกมาเพียง 6 ข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยคำถามทางบวกจะมีคะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด – เห็นด้วยน้อยที่สุด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .92

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สิริลักษณ์ วัฒนพงษ์ (2539) โดย สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ได้นำมาประยุกต์และเลือกมาเพียง 6 ข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้มาตรวัดแบบลิเคร์ท (Likert Scale) โดยคำถามทางบวกจะมีคะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด – เห็นด้วยน้อยที่สุด มีคะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 และคะแนนเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ตามลำดับ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.87 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 10 แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Hamilton (1960) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามลำดับความรุนแรงของโรค แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 87 และทดสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยไปในแต่ละโรงพยาบาล ตามวันและเวลาที่คลินิคจิตเวชกำหนดให้บริการ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 7 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558 ดังนี้

1. โรงพยาบาลรามาธิบดี วันจันทร์ – วันพุธ – วันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น.
2. โรงพยาบาลวชิระพยาบาล วันอังคาร – วันพฤหัสบดี เวลา 08.000 – 12.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามต้องการ ผู้วิจัยทำการลงรหัสข้อมูลในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS การวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistic) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า สถิติเชิงบรรยายที่นำมาใช้ คือ

1.1 การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว ประวัติการใช้ยา ลักษณะการอยู่อาศัย

1.2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (±SD) อธิบาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด ชนิดของโรคสมองเสื่อม และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตร ความสามารถในการรู้คิดประจำวัน กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เสปียร์แมน (Spearman’s Rank Correlation Coefficient)

2.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ชนิดของโรคสมองเสื่อม กับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี (Contingency coefficient)

2.3 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 สถานภาพคู่ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 เป็นโรคสมองเสื่อมอัลไซน์เมอร์ มากที่สุด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีจำนวนโรคที่เป็นอยู่ 1 โรค จำนวน 77คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 ไม่มีประวัติการใช้ยาทางจิตเวช จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 98.3 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 และอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 92

2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรร ได้แก่

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เท่ากับ 27.52 คะแนน (เต็ม 40 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 เท่ากันอยู่ในระดับปานกลาง และท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

2.2 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสื่อสารระหว่างบุคคล เท่ากับ 3.35 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านจะไม่พูดคุยกับคนที่มีฐานะทางสังคมต่ำกว่าท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ท่านสามารถรักษาความลับของผู้อื่นที่นำมาเปิดเผยกับข้าพเจ้าได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 อยู่ในระดับสูง และท่านไม่ใช้คำพูดที่แสดงความเหนือกว่าต่อฝ่ายตรงข้าม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

2.3 สัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 3.05 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ครอบครัวให้การช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่านอย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่านและซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 อยู่ในระดับปานกลาง และครอบครัวเป็นสถานที่ที่ให้ความสุขความสบายใจแก่ท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

2.4 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา เท่ากับ 3.60 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) อยู่ในระดับสูง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านคิดหาหนทางต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ท่านหวังว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจะผ่านไป หรือสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 อยู่ในระดับสูง และท่านพยายามวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

2.5 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ 3.26 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อมีปัญหาท่านสวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ ละหมาดให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ท่านยินดีความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 อยู่ในระดับสูง และท่านเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างจะดีขึ้นเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

2.6 ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม TMSE เท่ากับ 22.61 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) อยู่ในระดับภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมาคือ มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ตามลำดับ

2.7 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 13.55 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0

รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาบางส่วน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0 และมีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ตามลำดับ

2.8 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 17.50 คะแนน (เต็ม 52 คะแนน) อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 และมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยพบดังนี้

3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.1.1 จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) พบว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ =.299, p=.000) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มาก ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.2.1 จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ρ = -.371, -.478, -.559, -.142, -.299, -.509 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (ρ = -0.142, p= .60) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.3 เพศ อายุ ชนิดของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.3.1 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) และ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี (Contingency coefficient) พบว่า เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (C= .206, p=.100, ρ =-.046, p= .354, C= 0.321 p=.443) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อมสามารถร่วมกันทำนาย ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.4.1 จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว (B = 4.068, p = .000) ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (B = -2.157, p = .000) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (B = 1.678, p = .000) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (B= -1.517, p = .000) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ได้ร้อยละ 95.2 (Nagelkerke R^2= 0.952, p < .05)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลจำแนกตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าจากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าที่มารับบริการที่คลินิคจิตเวช โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 176 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 17.53 คะแนน ($\overline{x}$=17.5, S.D=6.049) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.9 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (176 คน) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายมีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ

47.94 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.51 และระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.55 ตามลำดับ และ เพศหญิง มีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 35.93 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.03 ระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.13 และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.91 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Conde-Sala et al., (2013) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ ในคลินิคโรคสมองเสื่อม ประเทศสเปนจะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก มากที่สุด เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Thomsen et al., (2005) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ ที่มารักษาที่คลินิกความจำ ในประเทศเยอรมัน จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก มากที่สุด

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 38.1 และอาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92 แต่จากการสอบถามเกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุณ (2555) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และ การมีสัมพันธภาพ กับครอบครัวที่ไม่ดี จะมีโอกาสเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุที่มากขึ้น และมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถอภิปรายได้ว่า ในสังคมไทย สถาบันครอบครัวนั้นถือว่าสำคัญมาก เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวจะต้องมีการดูแลซึ่งกันและกัน (สายพิณ ยอดกุณ, 2555) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้นจะมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดว่าตนเองเป็นภาระในการดูแล เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ประกอบกับ ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีนั้น จะทำให้ผู้ป่วยยิ่งเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดเป็นปัญหาการปรับตัวในครอบครัว และการปรับตัวทางอารมณ์ เกิดความเครียดได้ง่าย และความสามารถในการเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่จะลดลง เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Mille et al., 2007; Li et al., 2012) นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดร้อยละ 84 และสถาพสมรสแบบคู่ มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับที่มากกว่าสถานภาพอื่นๆ เมื่อพิจารณาร่วมกับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง จึงสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีอาการซึมเศร้าระดับมาก อาจเนื่องมาจากปัญหาครอบครัว โดยสภาพชีวิตแบบครอบครัว จะต้องมีการปรับตัวเข้าหากันตลอดเวลา เนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่คุกคามอยู่ เช่น สภาพเศรษฐกิจ รวมถึงภาวะการเจ็บป่วย และการดูแลกันในครอบครัว และสภาวะดังกล่าวนี้จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสูงขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่แย่ลง หากเกิดความขัดแย้งขึ้น หรือผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่มีปัญหาครอบครัว

จะส่งผลให้ไม่มีคนดูแลในขณะที่เจ็บป่วยทำให้ชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคาร ศรีชัยรัตนกูล (2553) ที่ศึกษา พบว่าปัญหาในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงเรื้อรัง และขณะเดียวกัน อาการซึมเศร้าที่รุนแรงก็สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B=-6.91, p<.05)

เมื่อพิจารณาถึงอาการซึมเศร้าที่แสดงออก มีปัญหาการนอนในช่วงต้นร้อยละ 64.7 มีปัญหาการนอนหลับในช่วงกลางร้อยละ 61.9 รู้สึกชีวิตไร้ค่าร้อยละ 59.09 ความรู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงการก่อกรรมในอดีตร้อยละ 43.75 ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้สึกหรืออาการในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นไปอีก อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความเศร้าปานกลางถึงรุนแรง จะมีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตัวไปในเชิงลบค่อนข้างมาก และจะเพิ่มขึ้นเมื่ออาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น สำหรับปัญหาด้านการนอนกับอาการซึมเศร้านั้น สามารถอธิบายตามหลักการทางสรีรวิทยาว่า การเกิดอาการซึมเศร้า ระดับของโมโนเอมินออกซิเดสจะสูงขึ้น (monoamine oxidase) ซึ่งสารตัวนี้จะออกฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และหลับได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ นอร์อดรีนาลิน (noradrenaline) และซีโรโทนิน (serotonin) (ชลธิมา ปิ่นสกุล, 2557) ประกอบกับความผิดปกติของสมองในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงส่งผลต่อเนื่องให้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสูงขึ้น สำหรับเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า จะมองตนเองว่ามีข้อด้อย ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และมองไม่เห็นศักยภาพแห่งตน (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า มีความพร่องในความสามารถหลายด้านจะยิ่งทวีความรู้สึกด้อยค่า และเป็นภาระของผู้อื่น นำมาสู่อาการซึมเศร้าที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson, Suls, and Haig (2002) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง ดังนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว รวมไปถึงส่งเสริมแบบแผนดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าต่อไป

2. เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.371, p=.000) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยแสดงว่า หากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้นจะมีความบกพร่องและความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ ทั้งความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจ และการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (อรสา ใยยอง, 2554; ปิ่น ชนานันท์ อังคณานันท์, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยมองตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองมีข้อด้อย ความภาคภูมิในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มเกิดอาการซึมเศร้าได้สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา ที่ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -318, p = .000$) และการศึกษาของ Orth and Robins (2013) ได้ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกับอาการซึมเศร้า โดยใช้ทฤษฎีตรวจสอบความเชื่อมโยง และรวบรวมการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างๆที่เคยมีพบว่าผลการศึกษาแบบจำลองต่างๆที่ผ่านมา สามารถช่วยป้องกันหรือลดระดับอาการซึมเศร้าได้ โดยใช้โปรแกรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 76.28 และมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 25.72 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.5) อภิปรายตามแนวคิดของ Rosenberg (1979) ที่ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากการที่บุคคลประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร นำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น หากพิจารณาองค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเชิงลบ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง รู้สึกมีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรมากที่สุด เป็นร้อยละ 58.6 รองลงมา คือ คิดว่าไม่มีอะไรดีเลยร้อยละ 56.8 มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ร้อยละ 45.5 มีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกินร้อยละ 42.6 และรู้สึกว่าทำอะไรไม่สำเร็จเลยร้อยละ 34.6 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อตนเองด้านลบค่อนข้างสูง ขาดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และขาดภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าควรหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าต่อไป

2.2 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = -0.478, p=.000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า หากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลสูงขึ้น จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จะความผิดปกติในด้านการรับรู้ จากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำกัด หรือสูญเสียความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม (รัชนี นามจันทรา, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของ Billing and Moos (1982) ที่

อธิบายว่า การที่บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า เกิดจากบุคคลขาดทักษะการสื่อสารที่ดี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ รสพร เพียรรุ่งเรือง (2556) และ Constantino et al, (2013) ที่ศึกษาพบว่า การบกพร่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากวิจัยในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทักษะการสื่อสารที่ดี 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Devito (1995) ได้แก่ การเป็นคนเปิดเผย ใจกว้าง การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนเกื้อกูลต่อคู่สนทนา การติดต่อสื่อสารทางบวก และ ความเสมอภาคในการสื่อสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลเฉลี่ย 3.35 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.7) และจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง มักจะมีลักษณะเก็บความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ซึ่งการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การนิ่งเงียบไม่พูด อาจส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกัน และส่งผลให้ผู้รับสารไม่เข้าใจ และมีการตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการของผู้ส่งสาร (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) เกิดเป็นข้อจำกัดในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี นำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นควรจะมีการส่งเสริมหรือฝึกทักษะในการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ดี เพื่อส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสังคม เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยลดปัจจัยการเกิดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = -0.559, p=.000) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า หากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง สำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จะการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ อย่างค่อยเป็น ค่อยไป และจะถดถอยลงเรื่อย ๆ ส่งผลทำให้พร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (วนรัตน์ สิงใส, 2555; สมาคมโรคสมองเสื่อมประเทศไทย, 2555) นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล และครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นภาระต่อครอบครัว และไม่สามารถประกอบอาชีพได้นั้นมักถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ขาดการดูแลที่ดี และบุตรหลานไม่ให้ความสำคัญ ไม่ให้ความเคารพ (ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล, 2550) สัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตองค์ประกอบทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ กันในเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ วีนัส วัยวัฒนะ (2550) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากครอบครัวที่มี ความสัมพันธ์อันดีต่อกันก็จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับปานกลาง จำนวนร้อยละ 44.3 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับมาก จำนวนร้อยละ 31.8 และมีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับน้อย จำนวนร้อยละ 22.2

ตามลำดับ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (1986) และ Marrow and Wilson (1961) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ยังพร่องในเรื่องของการให้ความอบอุ่นกันในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การเห็นอกเห็นใจ สามัคคี กลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน เห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ระดับคะแนนรายข้อที่ต่ำสุดได้แก่ สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปภายในบ้าน เช่น การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (ระดับน้อย) รองลงมาได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไปเที่ยวมักจะชวนท่านไปด้วยทุกครั้งที่มีโอกาส คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (ระดับปานกลาง) สมาชิกในครอบครัวจะปลอบใจและให้กำลังใจเป็นอย่างดีเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้หรือผิดหวัง สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รับฟังความคิดเห็น คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (ระดับปานกลาง) และเมื่อมีเวลาว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยกันเสมอ คะแนนเฉลี่ย 2.93 (ระดับปานกลาง) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนค่อนไปทางมาก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวมักใช้คำพูดหรือแสดงกิริยาท่าทางที่ทำให้รู้สึกผิด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (ระดับปานกลาง) รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 (ระดับปานกลาง) รู้สึกน้อยใจต่อท่าที คำพูดหรือวิธีที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (ระดับปานกลาง) และสมาชิกในครอบครัวมักจะไม่เห็นด้วยกับการกระทำที่คิดว่ามีเหตุผลหรือถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (ระดับปานกลาง) ตามลำดับ จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง จะมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าระดับอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมกันสร้างสัมพันธภาพอันดีในครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัวและสุขภาพจิตพื้นฐานที่ดี โดยเฉพาะ การเปิดโอการสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และกล่าวชมเชย รวมถึงจัดหากิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรักความอบอุ่นในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้น จะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

2.4 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ρ = -0.142, p=.06) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายตามแนวคิดของ Folkman and Lazarus (1984) ได้ว่า บุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา จะใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์ ทำให้ปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ในทางที่ดีและดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข ขัดแย้งกับการศึกษาของ Piboon et al. (2012) ที่ศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) พบว่า การ

เผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (r = -0.27, p = .02) วิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลประเมินรับรู้ได้ว่าเป็นภาวะที่ถูกคุกคามหรือเป็นหนักเกินกว่าความสามารถของบุคคลที่จะรับได้ จะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของ ดังนั้นวิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล จึงมีความแตกต่างกันเป็นไปตามลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ค่านิยมทางสังคม การศึกษา สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น หากบุคคลใดมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความตึงเครียดได้มากขึ้น (กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์, 2556)

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในระดับสูง จำนวนร้อยละ 68.2 รองลงมาคือ มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในระดับปานกลาง จำนวนร้อยละ 29.5 และมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในระดับต่ำมาก จำนวนร้อยละ 1.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการแก้ปัญหา และการใช้ประสบการณ์เก่ามาใช้แก้ปัญหาอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนในการแก้ปัญหาเพียงพอจึงทำให้ปัญหาคลี่คลายลง จึงไม่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2.5 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.299, p=.000) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มาก ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น โดยปกติบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Folkman and Lazarus (1984) และ Billing and Moos (1982) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการบรรเทาความไม่สบายใจ โดยบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่มาคุกคามได้ เมื่อใช้กระบวนการนี้มากไปโดยที่ปัญหายังคงอยู่ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Piboon et al. (2012) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vollman et al. (2007) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (r= 0.45, p <. 001)

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับปานกลางร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับสูง จำนวนร้อยละ 36.4 และมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในระดับต่ำ จำนวนเป็นร้อย

ละ 10.2 ตามลำดับ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อมีปัญหาจะสวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ ละหมาดให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ยินดีรับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 อยู่ในระดับสูง และเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างจะดีขึ้นเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยวิธีการต่างๆ ค่อนข้างสูง และปัญหานั้นอาจยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธี ซึ่งการเผชิญความเครียดในระดับสูงนั้น จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรมีการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้กระบวนการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2.6 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ =-.509, p=.000) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า หากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง อธิบายตามแนวคิดของ Orem (2001) ได้ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity daily living) เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตภายในที่อยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ ซึ่งจะมีขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคที่มีผลทำให้เกิดความพิการหรือการไร้ความสามารถ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าความสามารถในด้านต่างๆจะลดลง (ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์, 2556) การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เกิดเป็นภาวะพึ่งพา เกิดเป็นความรู้สึกไร้ค่าและนำมาสู่อาการซึมเศร้า (Fiksenbaium et al, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (1998) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 13.55 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยโดยส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 29.0 และมีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 15.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับคะแนนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับพึ่งพาบางส่วน – พึ่งพาทั้งหมด (น้อยกว่า 11 คะแนน) จะมีระดับคะแนนอาการซึมเศร้ามากถึงรุนแรง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาเล็กน้อย (มากกว่า 11 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนั้นมีผลต่อระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้จะเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วยที่ไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น และจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

2.7 ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ =-.209 p=.005) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า หากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้ามีความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้น จะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง อธิบายตามแนวคิดของ Billing and Moos (1982) ได้ว่า การรู้คิด และการรับรู้สิ่งกระตุ้นที่ผิดปกติ ทำให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า และการสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จึงก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า (Boland, 2000 ; กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheline et al. (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงทำนายการสูญเสียการทำหน้าที่ของกระบวนการรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 155 ราย พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรืออีกนัยก็คือ ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคือ ต้องไม่ให้ผู้ป่วยมีกระบวนการรู้คิดบกพร่องนานเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคตามมา เช่นเดียวกันกับกับการศึกษาของ Ross et al. (1998) พบว่า การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรู้คิดเท่ากับ 21.36 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีภาวะพร่องในการรู้คิดระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 96.02 รองลงมาคือ มีภาวะพร่องในการรู้คิดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 3.98 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นกระบวนการจัดการข้อมูลที่รับเข้าไป การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ และการดัดแปลงการใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีปัญหาทางด้านการรู้คิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรส่งเสริมให้มีการฝึก หรือมีกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและสติปัญญา เพื่อช่วยลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

2.8 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (ρ = 0.046, p=.546) ไม่เป็นไปตาสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ในวัยสูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีควมาจำเป็นต้องปรับตัวให้ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในรายที่ต้องประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงมีการสูญเสียหลายด้าน เช่น

สูญเสียแบบแผนการดำเนินชีวิต สูญเสียการพึ่งพาตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งประสบการณ์การปรับตัวในอดีตที่ผ่านมานั้นจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวยอมรับได้ดีขึ้น (เพ็ญพโพยม เชยสมบัติ, 2547) ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Ross et al, (2010) ที่ศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ร่วมกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.237) ขัดแย้งกับการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) ที่ศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับอาการซึมเศร้า และเป็นปัจจัยทำนายอากการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .001) และการศึกษาของ Winter et al. (2011) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 - 69 ปีคิดเป็นร้อยละ 21.6 อายุ 70 - 79 คิดเป็นร้อยละ 40.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 38.1 เมื่อพิจารณาระดับอาการซึมเศร้าของแต่ละช่วงอายุ พบว่าอาการซึมเศร้าระดับมาก ในแต่ละช่วงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ดังนั้นจึงสรุปว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2.9 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (C = 0.206, p= .100) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าไม่ว่าเพศหญิงหรือชาย จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ในสังคมไทยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี ไม่เลือกว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ถึงแม้ว่าเพศจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของแต่ละบุคคล และในสังคมไทยเพศชายจะถูกกำหนดให้เป็น ผู้นำ ซึ่งต้องปกป้องเพศหญิง ส่วยเพศหญิงสังคมจะกำหนดให้เป็นแม่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลความสะอาดเรียบร้อยและให้ความเคารพเพศชาย เมื่อยามเจ็บป่วยไม่สามารทำหน้าที่ของตนเองได้สมาชิกจะมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ และครอบครัวมีการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2537) อย่างไรก็ตามผู้ที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ก็จะมีผลกระบต่อจิตใจคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคม ส่งผลต่อจิตใจไม่แตกต่างกัน (Hatcher et al, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ใยยอง (2553) ที่ศึกษาพบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เช่นเดียวกับ การศึกษาของ การุญพงค์ ภัทรามรุต (2555) ที่ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารักษาคลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (p < .05) และการศึกษาของ Ross et al, (2010) พบว่า เพศไม่มี

ความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (p=.001) และ Polyakova et al. (2014) ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (p=.001) ขัดแย้งกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา (2558) ที่ศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ ในระดับต่ำกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตภาคกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) และการศึกษาของ Winter et al (2011) ที่ศึกษาพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเพศชาย 73 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 เพศชายมีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.94 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.51 และระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.55 ตามลำดับ และ เพศหญิง มีระดับอาการซึมเศร้ามาก เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 35.93 รองลงมาคือระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.03 ระดับอาการซึมเศร้าปานกลางจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.13 และระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.91 ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่า เพศเป็นลักษณะ ที่แสดงความแตกต่างของบุคคล แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านจิตใจ เนื่องจากความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่เหมือนกันกัน และในปัจจุบันที่สังคมเปิดกว้างมากขึ้น ทำให้เพศหญิงไม่ต้องเก็บกดความรู้สึกหรืออดทนเหมือนสมัยก่อน (อรสา ใยยอง, 2553) และอาจเนื่องมาจากแหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย เช่นชุมชนในเมืองหลวง ชุมชนในต่างจังหวัด ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน อาจเป็นเหตุผลประการหนึ่ง ที่ทำให้ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2.10 ชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (C= 0.321, p= .443) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การเกิดอาการซึมเศร้าของโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง เกี่ยวเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลง และเกิดจากระบบการส่งสารสื่อประสาทถูกทำลาย จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Alexopoulos et al., 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซน์เมอร์ (Alzheimer’s disease) และโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ (Winter et al., 2011) ส่วนบางการศึกษาพบว่าชนิดของโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์

กับอาการซึมเศร้า (การุญพงค์ ภัทรามรุต, 2555) และบางการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) มากที่สุด (Enache et al., 2011)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease คิดเป็นร้อยละ 44.9 โรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease with cerebrovascular disease คิดเป็นร้อยละ 3.4 โรคสมองเสื่อมชนิด Vascular dementia คิดเป็นร้อยละ 27.3 โรคสมองเสื่อมชนิด Parkinson's disease dementia คิดเป็นร้อยละ 0.6 โรคสมองเสื่อมชนิด Dementia with lewy body คิดเป็นร้อยละ 2.3 และ Unspecified dementia คิดเป็นร้อยละ 21.6 จากการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยชนิด Alzheimer's disease มากที่สุด รองลงมาคือ Vascular dementia และ Unspecified dementia ตามลำดับ สาเหตุที่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากว่า จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิด เช่น Alzheimer's disease with cerebrovascular disease, Dementia with lewy body และ Parkinson's disease dementia มีจำนวนน้อยเกินไป

3. เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของโรคสมองเสื่อม ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

3.1 จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic regression) พบว่า ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 4 เท่า (B=4.068, p< .05) ผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 1.7 เท่า (B=1.678, p< .05) ผู้ที่มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 2 เท่า (B=-2.157, p< .05) และผู้ที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 1.5 เท่า (B=-1.517, p< .05) โดยตัวแปรอิสระ 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.2 (Nagelkerke R^2=0.952, p < .05)

3.1.1 สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 4 เท่า (B=4.068, p< .05)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสามารถอธิบายได้ว่า คือ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพใน

ครอบครัวระดับต่ำหรือไม่ดี อภิปรายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว คือ ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องปรองดอง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ของสมาชิกในครอบครัว การที่สมาชิกมีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน เปรียบเสมือนการให้กำลังใจ และเป็นแรงสนับสนุน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และส่งผลต่อพื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจที่ดี (Durkheim cited in Umberson, 1992; นัยนา อินธโชติ, 2545; ชลธิชา สินสุพรรณ์, 2556) แต่หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะส่งผลต่ออารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ทำให้มีข้อจำกัดในการสร้างความสัมพันธ์ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น ต้องเผชิญกับ ปัญหาสุขภาพทางกายและการสูญเสีย จึงทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและจิตใจลดลง ดังนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นบุตร หลาน ญาติพีน้องจะช่วย ประคับประคองหลักผู้สูงอายุ ซึ่งหากขาด การสนับสนุนประคับประคองที่ดีแก่ลูกหลาน จะทำให้ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว นำไปสู่ภาวะ ซึมเศร้าได้ (อรสา ใยยอง, 2554) เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่กล่าวถึง การส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันภายในครอบครัว จะช่วยลดอาการซึมเศร้า (ไพจิตร พุทธรอด, 2555)

สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังฆ์ และคณะ (2556) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถพยากรณ์อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta= 0.386, p < .001) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Wang et al. (2012) ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มณฑลเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน พบว่า สัมพันธภาพครอบครัวสามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=0.243, p < .05) และการศึกษาของ Martire et al. (2007) ทำการศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาที่คลินิคจิตเวช ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 130 คน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย สามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta= 0.11, p<.05) และ งานวิจัยของ สายพิณ ยอดกุล (2555) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.126 p = .001) ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

3.1.2 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 2 เท่า (B=-2.157, p< .05)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ระดับสูงจะสามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้มากกว่าทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับอื่นๆ อภิปรายได้ว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล คือ ความสามารถของบุคคลในการรับส่งข่าวสารโดยการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร ทั้งแบบวัจนภาษา

และอวัจนภาษา หรือการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี (Duffy et al., 2004; ธีรา ลักษณ์ ฉิมพาลี, 2546) ความบกพร่องการสื่อสารระหว่างบุคคล คือการพร่องความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น หรือสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาและข้อจำกัด ในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยทั่วไปจะมีปัญหาด้านกระบวนการคิด และความสามารถในการสื่อสารลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า การศึกษาของ วัชรียา เจริญชูเกียรติ (2553) ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบบสหวิธีการ โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตการณ์ พบว่า รูปแบบการสื่อสาร และความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นที่ดีนั้น จะมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึก และสามารถช่วยผ่อนคลาย แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanathara et al. (2003) ที่ศึกษาพบว่า การบกพร่องความสามารถด้านการสื่อสาร สามารถทำนายอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta =1.38, P=.001) จากผลการวิจัยพบว่า ดังนั้น ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า หากมีการส่งเสริมทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ดี จะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

3.1.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมาก ประมาณ 1.7 เท่า (B=1.678, p< .05)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน จะเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับอื่นๆ อภิปรายได้ว่า กิจวัตรประจำวัน คือการปฏิบัติช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Linderboom et al., 2003; Perneczky et al, 2006; กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าความสามารถในด้านต่างๆ จะลดลง (ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์, 2556) เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้านพร้อมกัน การทำงานของร่างกายก็จะเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (พัชราภัณฑ์ ไชยสังฆ์, 2556) การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตร จะเกิดเป็นภาวะพึ่งพา มีความรู้สึกไร้ค่าและนำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Fiksenbaium et al, 2005) อาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Kennard, 2011) กาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2552) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยร่วมพยากรณ์อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 49.6 (r^2 = .490, p <.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ ยอดกุล (2555) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 9.023 , p =0.024) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พัชราภัณฑ์ ไชยสังฆ์ (2556) ที่ศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (beta = 0.152, p=.000) ดังนั้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า หากมีการส่งเสริมให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

3.1.4 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 1 เท่า (B= -1.517, p< .05)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า การเผชิญความเครียดระดับปานกลาง จะทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลงกว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับอื่นๆ อภิปรายได้ว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความเครียด และใช้กระบวนการทางความคิด พฤติกรรม สติปัญญา ในการลดความเครียดนั้น และบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ (Lazarus and Folkman, 1984) โดยกลไกการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลจะส่งผลต่ออารมณ์โดยตรงต่อบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า (จงลักษณ์ ทวีแก้ว, 2554) วิธิการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันเป็นไปตามลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ค่านิยมทางสังคม การศึกษา สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ถ้าบุคคลใดมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะยิ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความตึงเครียดได้มากขึ้น (กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์, 2556) Beuscher (2007) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ ในระหว่างปี ค.ศ. 1990-2006 พบว่าผู้ป่วยโรคสมองสื่อมชนิดอัลไซน์เมอร์ จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงตามระยะของโรคที่เพิ่มขึ้น และในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จะยิ่งมีความบกพร่องในกระบวนการคิดและการตัดสินใจอย่างมาก ดังนั้นความสามารถในการเผชิญปัญหา จึงไม่มีประสิทธิภาพได้เท่ากับบุคคลปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2012) ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มณฑลเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน พบว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ สามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=0.243, p < .05) ดังนั้น การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า หากส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกพรรณ กรรณสูต. (2551). *ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรี่ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์

กรมสุขภาพจิต. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตปี 55*. [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.dmh.go.th/report/report1.asp [12 สิงหาคม 2558]

กรรณิกา คงหอม. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา พิบูลย์, และคณะ (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

การุญพงค์ ภัทรามรุต. (2555). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์ประกาศนียบัตรบัณฑิตขั้นสูง. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์. (2556). การประเมินความเครียด และวิธีเผชิญความเครียด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในแผนกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3) : 14-21.

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE)*. สารศิริราช. 45(6) : 359-374.

กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(4) : 499-462.

คมสัน แก้วระย้า. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คานธีชา บุญยาว. (2554). *การออกแบบกิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาศิลปศึกษา ภาควิชาศิลปะดนตรีและนาฏศิลป์ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จงลักษณ์ ทวีแก้ว. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จักรฤษณ์ สุขยิ่ง.(2557).การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม : ปัญหาและแนวทางการจัดการ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา. http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/dementiacareproblemandsolve/ [3 เมษายน 2557].

จักรฤษณ์ สุขยิ่ง และดาวชมพู นาคะวิโร (2558). บทที่ 9 โรคสมองเสื่อม ใน :มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนธนิชย์ บก จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. หน้า 86-93. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทิมา จารณศรี. (2539). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะหคนชราบานบางแค กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธปริญญาการศึกษามหาบณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

จาระไน แกลโกศล. (2532). *ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล หน่วย 1-8.* นนทบุรี: โรงพิมพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล. (2544). *ผลการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิชา สินสุพรรณ์. (2556). *ความสัมพันธร์ะหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเสาเดียว อำเภอหนองหงส์ จงัหวัดบุรีรัมย์*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาเดียว อ.หนองหงส์ จ.บุรีรัมย์.

ชัดเจน จันทรพัฒน์ สุนุตตรา ตะหูนพงศ์ และ วันดี สุทรรังษี. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12 : 80-89.

ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธภาพระหว่าคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชลธิมา ปิ่นสกุล. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เชาวนีย์ ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณหทัย วงศ์ปการัย์. (2556). *คู่มือการใช้และการให้คะแนนแบบประเมินคอร์แนลฉบับภาษาไทย*, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้.* กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีราลักษณ์ ฉิมพาลี. (2546).*อิทธิพลของประสิทธิผลการสื่อสารระหว่างบุคคลและความพึงพอใจในการทำงาน ที่มีต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพนักงานคนไทยในบริษัทข้ามชาติญี่ปุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมอง ต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยนา อินธโชติ.(2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวขอเยาวชนผู้เสพยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภา จิรัฐจินตา. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช. 46(1) : 1-9.

นิตยา คชภักดี. (2545). *การศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด "ครอบครัวอยู่ดีมีสุข".* กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิษา สมานทรัพย์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (The methodology in Nursing Research)*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษบา คำสวน. *ความชุกของภาวะเสี่ยงตอสมองเสื่อม และปจจัยที่สงผลตอภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผูสูงอายุ ตำบลน้ำรัด อำเภอหนองมวงไข่ จังหวัดแพร่.* สารานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เบญจมาพร จันคำ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปองลดา พรหมจันทร์. (2542). *วิธีการผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่เป็นโรควัณโรคปอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยอร วจนะทินภัทร. (2547).ประสบการณ์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกในการค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในประเทศสหรัฐอเมริกา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 5(2) : 10-15.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์

ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์. (2556). *การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองสื่อม ที่คลินิคโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชัย อัฏฐสกุล. (2555). บทที่ 12 โรคอารมณ์ผิดปกติ ใน :มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนธนิชย์ บก จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. หน้า 148-16. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2549). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล : ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 51(2) : 49-63.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญพโพยม เชยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหว่ ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพจิตร พุทธรอด. (2555). การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่ วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.hospital.tu.ac.th/doc/EO/261155-11.pdf. [20 ตุลาคม 2555].

ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิตย์ ศรีสุรภนนท์ และไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร. (2542). โรคอารมณ์แปรปรวน. *ตำราจิตเวชศาสตร์.* คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนธนิช และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 41: 235- 246.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

มุจรินทร์ พุทธเมตตา. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม*

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รสพร เพียรรุ่งเรือง. (2558). ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 60 (1) : 23-34.

รัชนี นามจันทรา. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มฉก.วิชาการ*. 14 (27) : 137-150.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2527). คลังความรู้. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=1251[1เมษายน2556]

ราชบัณฑิตยสถาน.(2555).*พจนานุกรมไทย-ไทย* [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://dictionary.sanook.com/search/dict-th-th-royal-institute. [20 มีนาคม 2557].

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องโรคซึมเศร้า (major depressive disorder* [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.yrh.moph.go.th/KM/%E1%B9%C7%B7%D2%A7%E0%C7%AA%BB%AF%D4%BA%D1%B5%D4%E0%C3%D7%E8%CD%A7%E2%C3%A4%AB%D6%C1%E0%C8%C3%E9%D2.pdf. [12 สิงหาคม 2558]

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546).การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depresion Rating Scale [MADRS] ฉบับภาษาไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48: 211-218.

รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2544). Dementia : Prevention and management.ใน สุทธิชัย จิพันธ์กุล. *Prevention and Remedies of diability*. 20-30.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หลุย จำปาเทศ. (2533). *จิตวิทยาสัมพันธ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพจุฬาลงกรณ มหาวิทยาลัย.

วนรัตน์ สิงใส. (2555). *การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

ส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). *การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรวุฒิ ร่มไทร. (2555). *คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่คลินิคโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ เชาว์เชิง และกรเกศ พรหมดี. (2544).*การวิจัยและการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=1638 [7 พฤศจิกายน 2556].

วไลพรรณ เอี่ยมกมล. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่ Correlates of Depression in Adult Patients with Traumatic Brain Injury. *วารสารเกื้อการุณย์*. 20(1): 30-40.

วีนัส วัยวัฒนะ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานีกรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วีรศักดิ์ เมื่องไพศาล. *(2556). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน (ตอนที่ 2)* [ออนไลน์].แหล่งที่มา : http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=416 [26 กันยายน 58].

พิชัย อัฏฐสกุล. (2555). บทที่ 12 โรคอารมณ์ผิดปกติ ใน : มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนธนิชย์ บก *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. หน้า 148-16. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ. (2557). การศกึษาคณุสมบัติกาารวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59 (4) : 410-418.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการ : พฤติกรรมศาสตร์ตลอดช่วงชีวิต เล่ม2*. กรุงเทพฯ : คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล*

Chulalongkorn University

โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สกาวรัตน์ ตั้งจิตถนอม. (2554). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง และสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: ซีจี ทูล จำกัด.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552).*สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551*.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

สมศรี ปานพันธ์โพธิ์. (2555). *ผลของการฝึกกีฬาภูมิปัญญาไทยต่อพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2555). *แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม*หน้า : 1-42.

เสนาะ ติเยาว. (2541). *การสื่อสารในองค์กร*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร.

สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์. (2539). *วิถีการปรับแก้ และการปรับทางจิตสังคม ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาภรณ์ สังขมรรธร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาพร บรรณสาร. (2545).*ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายพิณ ยอดกุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลบุรีรัมย์.*วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* 30(3) : 50-57.

สารารนุกรมเสรี. (2556). *เพศภาวะ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา. http://th.wikipedia.org/wiki/เพศฯภาวะ. [22 มีนาคม 2557].

สารานุกรมเสรี. (2556). อายุ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://th.wikipedia.org/wiki/อายุ. [22 มีนาคม 2557]

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. (2553). *การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงและชนิดฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2544). *การฟื้นหายจากความซึมเศร้า ของสตรีไทยวัยกลางคน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษดีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ฐิตะบุระ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่าสัมพันธภาพในครอบครัวกะบการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยามหิดล.

อรพิณ คำโต. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์*หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549).*การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพลส จำกัด ;2553.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ สี่ทองอินทร์. (2535). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรสา ใยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(2) : 117-128.

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). *ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุษา เชาวลิต. (2540). *ปัจจัยบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.

อำไพวรรณ พุ่มสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต :แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

Akiskal, H. S. (2000). Mood disorder: Introduction and overview. In B.J. Sadock & Sadock (Eds), Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Adler, R.B., L.B Rosenfeld and N. Towne. (1989). Interplay The Process of Interpersonal Communication. (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry, 23(3), 271–284.

Alexopoulos, G. S., and other. (1997). 'Vascular Depression' Hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 54 :915-922.

Altman, J. H.,andWittenborn, J. R.(1980).Depression-prone personality in women.*Journal of abnormal psychology*. 89(3) : 303-308.

Ballard , C. G., Bannister,C.,and other.(1993).Prevalence, symptom profile, and etiology of depression in dementia sufferers.*Journal of Affectire Disorders*. 29:1-6.

Ballard, C., Bannister, C., Solis, M., Oyebode, F., and Wilcock, G. (1996). The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers.*Journal of Affective Disorders.*36 :135- 144.

Barka, M.L., Engedal, K., Laks, J., and Selbaek, G. (2010). A 12 month follow-up study of depression among nursing- home patients I Norway. *Journal of affective Disorder*, 120(1-2) : 141-148.

Bassuk, S. S.,Berkman, L. F., and Wpij,D. (1998). Depressive symtomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample. *American medical association*. 55 : 1073-1081.

Beck, A T ., Ward, C H ., Mendelson, M ; Mock, J., and Erbaugh, J. (1961). An inventory for messuring depression. *Archives of general psychiatry* , 4 : 561-571.

Beck, A,T. (1967). *Depression : Clinical, experimental and theoretical aspect.* Newyork

Harper Medical Medical Division.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guiford Press.

Beuscher. L. (2007). A literature review of spirituality in coping with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing.* 17(5a) : 88–97.

Bhalla, R.K. and other. Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(5) : 419-427.

Billing, G. A.,and Moos, R. H. (1982). Psychosocial theory and research on depression: An intregate frame work and review. *Clinical psychology review*.2 :213-237.

Boland, R. J. (2000).Depression in alzheimer'sdesease and other dementias.*Neuropsychiatric Disorder*.2 : 427-433.

Borza. T., and other. (2015). The course of depression symptoms as measured by the Cornell scale for depression in dementia over 74 months in 1158 nursing home residents. *Journal of Affective Disorders*. 175 : 209-216.

Brodaty,H., and Luscombe,G.(1996). Depression in person with Dementia.*International Psychogeriatric Association*. 8(4) : 609-622.

Buschman, M.T.,Dixon,M.A.,andTochy,A.M.(1995). Geriatric Depression.*Home Health Nurse.*13(3) :47-56.

Collin, C., Wade, D.T., Davies, S., and Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study*. Int Disabil Stud*. 10(2) : 61-63.

Conde-Sala, J. I., and other. (2013). Severity of dementia, Anosognosia, and Depressionin relation to the Quality of life in Patients of Alzhiemers disease : descrepancies between patient and care givers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 22(2) : 138-147.

Constantino, M. J., Arnow, B. A., Klein, D.N., and Rothbaum, B.O. (2012). The Relation Between Changes in Patients' Interpersonal Impact Messages and Outcome in Treatment for Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80(3) : 254-264.

Christman, N. J. (1990). Uncertainty and Adjustment During Radiotherapy. *Nursing Research*. 39(1) : 17-47.

Coopersmith, S. (1984). SEI : *Self-esteem inventories*. Pato Alto. California: Consulting Psychologist. Press.

Devito, J. A. (1995). *The interpersonal communication book.*7th Newyork : Harpes Collins College Publishers.

Duffy, F. D., and other. (2004). *Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report.*Academic medicine. 79(6) :495-507.

Enache, D., Winblad, B., and Aarsland, D. (2011). Depression in dementia : epidemiology, mechanisms, and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*.24 : 461-472.

Eric J. L. (2001). Treating Depression in Older Adults with Dementia. *The American Geriatrics Society*. 59(4) : 745-755.

Espiritu, D. A. V., and other. (2001). Depression, Cognitive impairment and function in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric psychiatry*. 16: 1098-1103.

Ferri, C. P., and other. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study.*Lance*t. 366 : 2112–2117.

Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M., and other. (2005). Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 366: 2112-2117.

Fiksenbaum, L. M.,Greenglass, E. R., Marque, S. R.,andEaton,J.A. (2005). A psychosocial model of functional disability. *Ageing International.* 30(3) : 278-295.

Folstein. M.F., and Folstein,S.E. (1975). "Mini-Mental- State" A practical method for Grading the Cognitive State of Patient For The Clinician. *J. gsychiaf.* 12 : 189-19.

Friedman, M.M. (1986). Family Nursing : Theory & Assessment. New York. Appletor. Century Green.

Frisch, N. C., and Frisch, L. E. (2002). Psychiatric mental health nursing : Understanding the client as well as the condition. (2nd ed). Albany: Delmar.

Ganguli, M. Depression, cognitive impairment and dementia: Why should clinicians care about the web of causation. *Indian Journal of Psychiatry*. 51(5). 29-34.

Garber. J. (2000). Psychological Antecedent of Variation in Girl's Pubertal Timing Maternal Depression, Stepfather presence, and Marital and Family stress. *Child development*. 71: 485-501.

Hannegen, L. (1989). Transient Cognitive changes after Craniotomy. *Journal of neuroscience Nursing.*21(3) : 165-169.

Hamilton, M. (1967). A rating scale for depression. *Journal Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.

Hamilton, M. (1979). Development of a rating scale for primary depression illness. Britist journal Sociaty clinical 6 : 278-296.

Hammer, J. C., and Burge. D., and Paley. B.(2002). Poor Interpersonal Problem Solving as a Mechanism of Stress Generation in Depression Among Adolescent Women. *Journal of Abnormal Psychology*. 104(4) : 592-600.

Hatcher, B.J., Durhum, J. D., and Richey, M. (1985). Overcoming storke-Relate depression. Journal of Gerontological Nursing. 11(1) : 34-39.

Hoch, C. C., and other. (1993).Two-year survival in patients with mixed symptoms of depression and cognitive impairment. *The American journal of geriatric psychiatry*. 1: 59-66.

Hughes, C. (1997). *Depression and mania in later life* : Mental health care for elderly people. New york: Churchill Living stone.

Hurd MD, Martorell P, Langa KM. (2013). Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med* ; 369 : 489-90.

Janzing, J. G. E., Bouwens, J. N. P., Teunisset, R. J., Vanthof, M. A., and Zitman, F. G. (1999). The relationship between depression and mortality in elderly subjects with less severe dementia. *Psychological Medicine.*29 : 979-983.

jalowiec, A., Murphy, S. P., and Powers, M. J. (1984). psychometric assessment of the jalowiec coping scale. *Nursing Research*. 33(3) : 157-161.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai population: Development of a new index. *Age-Ageing*. 23: 97-101.

Johnson, D.W. (1972). *Reaching Out*. (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Karp, J. K., Skidmore, E., Lotz, E., Dew, M. A., and Reynolds, C. F. (2009). Use of the Late-Life Function and Disability Instrument to Assess Disability in Major Depression. *Journal of the American Geriatrics Society*.57(9): 1612–1619.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance Activities of daily living mpbility and instrument activity of daily living. JAGS. 31(12): 721-726.

Kennard, J. (2011). *Mild, Moderateor Severe Depression? How to tell Difference*[Online]. Available from :http://www.healthcenter.com/depression/c/4182/128686/mild-difference/symptoms. [14 February 2014].

Klerman, G. L., Budman, S., Berwick, D., Weissman, M.M., Damico-White, J., Demby, A., and Feldstein, M. (1987). Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care*. 25 : 1078–1088.

Knapskog,A.B., Barcar, M.L., and Engedal, K. (2011). A comparison of the validity of the Cornell Scale and MARDS in detecting depression among memory clinic

patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder.* 32(4) : 287-294.

Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal,and Coping*. New york : Springer Publishing.

Lee, G. J., and other. (2012). Depressive Symptom in Mild Cognitive Impairment Predict Greater Atrophy in Alzheimer's Disease-Related Regions. *Biol Psychiatry*. 71(9) : 814-821.

Lee, B. H., and Lyketsos, C. G. (2003).Depression in Alzheimer's disease : Heterogeneity and Related issues.*Society of Biological Psychiatry*.54 :353-362.

Lindeboom, R., Vemeulen, M., Halman, R., and Haad, D. (2003). Activities of daily living InstrumentsOptimizing scales for neurologic assessments. *Neurology*.60:738 –742.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Lyketsos, C. G., and olin, J.(2002).Depression in Alzheimer's Disease : Overview and Treatment.*Society of Biological Psychaitry.*52: 243-252.

Lyketsos, C. G., and Lee, B. H. (2004).Diagnosis and Treatment of Depressionin Alzheimer's Disease :A Practical Update for the Clinician.*Dementia Geriatric Cognitive Disorder*. 17:55–64.

Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland Stat Med J* .14 : 62.

Martire, L. M., Schulz R., . Reynolds III, C.F., Morse, J. Q., and Butters, M. A. Impact of Close Family Members on Older Adults' Early Response to Depression Treatment. *Psychology and Aging*. 23(2) . 447–452.

Maslow, A. (1970). Motivation and Personality (2nd ed) New York : Haper & Row.

McSweeney.K., and O'Connor, D. W. Depression among newly admitted Australian nursing home residents. *International Psychogeriatrics*. 20(4) : 724-737.

Montgomery, S A, Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to changes. *The British journal of psychiatry*, 134 : 382-389.

Moretti, R.,Torre, P., Antonello, R. M.,Cazzato, G., and Bava, A. (2002). Depression and Alzheimer's disease : Symtom or comorbidity .*American journal of*

alzheimer's disease and other dementias. 17(6) : 338-344.

Morrow, P. M., and Wilson, R. C. (1961). Family Relation of Bright High Achieving and Under Achieving High School Boy. Child Development. 32 : 501-510.

Niti, M. Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C., and Tan, C. H. (2007). Depress and chronic medical illness in Asian older adult . International Journal of Geriatric Psychiatry.

Olin, J. T.,Katz, I. R., Meyers, B. S.,Scbneider, L. S.,andLebowitz, B. D. (2002). Provissional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *American journal geriatric psychiatry*. 10(2) :129-141.

Orem, D, E. (2001). *Nursing concept of practice*.St Louis : Mosby Year Book

Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., and Schmitt, M. (2009). Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive Symptoms From Young Adulthood to Old Age.*Journal of Abnormal Psychology*. 118(3) :472–478.

Palsson, S., and Skoog, I. (1997) the epidemiology of affective disorder in the elderly : A review. *Intc linPsychopharmacol*. 12(7): 3-13.

Pearlson, G. D., and other. (1990). Association Between Family History of Affective Disorder and the Depressive Syndrome of Alzheimer's Disease. *The American Journal of Psychiatry.*147(4) : 452-456.

Perneczky, R., and other. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive Impairment: conceptual and diagnostic issues.*Age and Ageing*. 35:240–245.

Piboon, K., Subgranon,R., Hengudomsub,P., Wongnam ,P., and Callen, B. L. (2012). A Causal Model of Depression Among Older Adults in Chon Buri Province, Thailand*. Mental Health Nursing*. 33: 118–126.

Polyakovaa. M. (2014). Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 152-154 : 28–38.

Ricardo, M., Alejandra,T., Liliana,S., Martin, P., Ramon, L., and Sergio, E. S. (1995). *Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease* [Online]. Available from : http://www.psycnet.qpq.org/psycinfo/1995-18222-001 [8 February 2014].

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton : University

Press.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving The Self. New York : Besic Book.

Ross, L. K., Arnsberger, P., and Fox P, J. The relationship between cognitive functioning and disease severity with depression in dementia of the Alzheimer's type. *Aging & Mental Health.* 2(4) : 319- 327.

Ross, L. K., and other. (1998).The relationship between cognitive functioning and disease severity with depression in dementia of the Alzheimer 's type.*Aging & Mental Health* 2(4) : 319- 327.

Rubio,A., Vestner, A. L., Stewart,J, M., Forbes, N. T., Conwell,Y.,andCox,C. (2001). Suicide and Alzheimer's Pathology in the Elderly:A Case–Control Study. *Biol psychiatry*. 49: 137–145.

Sanathara. V, A., and others. (2003). Interpersonal dependence and major depression : aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine*, 33 : 927–931.

Sanchez, M. J., Martinez, A. A., Tabares, S. R., Torrent, C., Vieta, E., and Ayuso, M. J. L. (2009). Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *PsychotherPsychosom*.78:285–297.

Sebern., M. D., and Whitlitch, C. J. (2007). Dyardic Relationship scale : A Measure of The Impact of The Provission and Receipt of family care. *The Gerontologist*. 47(6) : 741-751.

Selbaek, G., Kirkevold, O., and Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(9): 843-849.

Sheline and others . Severity, Cerebrovascular Risk Factors and Processing Speed. *Biol Pshchiatry.* 60 : 58 – 65.

Starkstein, S. E., Mizrahi, R., and Power,D. P. (2008). Depression in Alzheimer's disease :Phenomenology, clinical correlates and treatment.*International Review of Psychiatry.* 20(4). : 382-388

Starksten, S. E., Jorge, R. Mizrahi, R., and Robinson, R. G. (2005). The Construct of Minor and Major Depression in Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry*.162 :

2086–2093.

Sowislo, J. F.,and Orth, U. (2013).Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies.*PsychologicalBulletinAmerican Psychological Association* .139(1) :213–240.

Tekin,S., Cumming, J. L. (2001). Depression in dementia. *The Neurogist*. 7(4) : 252-259.

Teri,L.,Logsdon, R. G.,and other.(1997). Behavioral Treatment of Depression in Dementia Patient : Acontrolled Clinical Trial. *Journal of Gerontology*. 52(4) : 159-166.

Thomsen, T. M., Arlt. S., Mann. U., Mab. S., and Ganzer. S. (2005). Detecting depression in Alzheimer's disease : evaluation of four different scales. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20 : 271–276.

Umberson, D. (1992). Relationship between adult Children and their parent : Psychological consequences for both generation. *Journal of Merriage and the family.* 54 : 664-674.

Vacarrolis, E. M. (2002). *Foundation of psychiatric mental health nursing* : a clinical approach. W.B.Saunders.

Vendemark, F. Jo Ann and C.L. Pamel. (1977). *Interpersonal Communication*. California: Cummings Publishing Company.

Vollman, M. W., LaMontagne, L. L.,andHepworth, J. T. (2007). Coping and Depressive Symptomsin Adults Living With Heart Failure.*Journal of Cardiovascular Nursing*. 22(2) : 125-130.

Wang, M. C., Nyutu, P. N and Tran, K. K. (2012). Coping, Reasons for Living, and Suicide in Black College Students. *Journal of Counseling & Development*. 50 : 458-466.

Willium, R. and Friend, P. (1996). Charactherization of older adult who attribute function decrement to "old age" Journal of American Geriatric Sociaty (44) : 429-434.

Winter,Y.,Korchounow,A., Zhukova, T. V.,and Bertschi, N. E. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its

influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2(1) : 27-32.

World Health Organization. (2012). Depression. Aviliable from http://www.who.int/topics/depression/en/_ [2010 September 27].

Zubenko, G. S., Moossy, J., Kopp, U. (1990). Neurochemical Correlates of Major Depression in Primary Dementia.*Arch Nerol*.47 : 209-214.

Zubenko, G. S. (1992). *Biological correlates of clinical heterogeneity in primary Dementia* [online]. Available from : http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-35865-001 [5 march 2014].

Zubenko, G. S. (2000). Neurobiology of Major Depression in Alzheimer's Disease. *lnternationalPsychogeriatrics*. 12(1) : 217-230.

Zung, W.W. (1965). A Self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-67.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
และหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์การุญพงค์ ภัทรามรุต	จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงษ์	อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช	อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวนันทา แก้วสุข	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวอรพรรณ แอบไธสง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/0708

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางสาวนันทา แก้วสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวอรพรรณ แอบไธสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุรีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวนันทา แก้วสุข และนางสาวอรพรรณ แอบไธสง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ 0708

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ข่อทิพย์ สันธนะวนิช ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษา และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุรีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ข่อทิพย์ สันธนะวนิช
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๔๐๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ การุญพงศ์ ภัทรามรุต จิตแพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ การุญพงศ์ ภัทรามรุต
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และเอกสารแสดงคามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Research Subject Information sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อช่วยปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

รหัสโครงร่างการวิจัย : -

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

ที่อยู่ (บ้าน) 598/333 อาคาร A คอนโด ไอเฮาส์ พระราม 9 ถ. พระรามเก้า แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

(ที่ทำงาน) บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย 4 ถ.เพชรบุรีตัดใหม่แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

เบอร์ติดต่อ ที่ทำงาน 02-3103000 ต่อ 3753-4

โทรศัพท์มือถือ 0-83922-2996

E-mail : thaniz_k@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ตรงกับการวิจัยในครั้งนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครใน

โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น**ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย**ของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และ ลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

สำหรับอาสาสมัคร

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยมีคะแนนสมรรถภาพสมอง ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และประเมินว่ามีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยใช้แบบประเมิน อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และมีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

3) ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง หรืออยู่ในภาวะวิกฤต

4) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม

สำหรับผู้ดูแลอาสาสมัคร

1) เป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย อาจจะเป็น คู่สมรส บุตรธิดา พี่น้อง ญาติ หรือเพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแล รับผิดชอบ และมีบทบาทในการดูแลด้านความเป็นอยู่ ช่วยเหลือเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

2) ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)ได้แก่

1) มีอาการทางกายรุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม

2) ผู้ที่ใช้ยาหรือสารที่อาจส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ ยารักษาความดันโลหิตสูง (เช่น reserpine, methyldopa) ยารักษาโรคพาร์กินสัน (เช่น levodopa, amantadine) ยาสเตียรอยด์ (เช่น dexamethasone, prednisolone) ยารักษาวัณโรค (เช่น cycloserine) ยารักษาโรคมะเร็ง (เช่น Vincristine, Vinblastine) รวมถึงโรคทางกายอื่นที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ โรคติดเชื้อ (เช่น โรคสมองอักเสบ, โรคไข้หวัดใหญ่) โรคทางระบบประสาท (เช่น โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง) โรค

ระบบภูมิคุ้มกัน (เช่น โรคภูมิแพ้ตนเอง) โรคระบบต่อมไร้ท่อ (เช่นโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์, โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองชนิดคุชชิ่ง) ขาดวิตามินและแร่ธาติ (เช่น โรคขาดวิตามินบี,โรคเหน็บชา)

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 176 คน และที่โรงพยาบาลวชิระ 77 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยคือ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 40-50 นาทีหลังจากผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม ท่านสามารถตอบแบบสอบถามโดยอิสระ โดยผู้วิจัยจะอยู่กับท่านเพื่อตอบคำถาม หรือข้อสงสัย และรวบรวมแบบสอบถามเมื่อท่าน ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะอ่านคำถามโดยมีผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้ดูแลอยู่ด้วย ทั้งนี้จะรวบรัดคำถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย และกระชับยิ่งขึ้น โดยผู้ดูแลสามารถตอบแบบสอบถามแทนได้ ยกเว้น แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความอ่อนล้าจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะแบ่งการตอบแบบสอบถามออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ก่อนผู้เข้าร่วมวิจัยพบแพทย์ จะเป็นการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถภาพสมอง อาการซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที ในการตอบแบบสอบถามได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้หากพบว่ามีความผิดปกติ และมีคะแนนความซึมเศร้าสูง ผู้วิจัยจะขออนุญาตนำผลที่ได้รายงานแพทย์ เพื่อปะโยชน์ในการรักษาต่อไป และช่วงที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ในการตอบแบบสอบถามที่เหลือได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และ แบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยจะทำหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัย พบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว และผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม 1 ส่วน คือแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า และได้รับการรักษาได้ทันท่วงที

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

-

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

-ท่านจะได้รับของที่ระลึก ที่สละเวลาเข้าร่วมโครงการ และอาหารว่างระหว่างการทำแบบสอบถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

-ท่านสามารถติดต่อขอตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า และขอปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ได้ที่คลินิกกู้ใจ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม

-ท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม และอาจเกิดความเหนื่อยล้า และความเครียดจากการตอบ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

นางสาว ฐนิษฐา กลีบบัว โทรศัพท์มือถือ 0-83922-2996 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ

-

หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควร ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่

-สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เบอร์โทร 0-2244-3840 หรือ 0-2244-3843

-คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ – นามสกุล ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลของท่าน แต่จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา หรือทำจดหมายแจ้งความจำนงขอถอนตัวส่งถึงผู้วิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ(อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่ .....ถนน.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยที่ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๓๙๒๒-๒๙๙๖ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่

(.....)

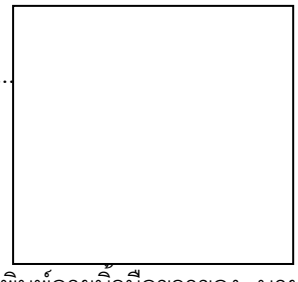
ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่ ..... (.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ.... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ลงชื่อ……พยาน/วันที่ .....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่

(……)

พิมพ์ลายนิ้วมือขวาของ นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เอกสารประกอบ 4

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ฐนิษฐา กลีบบัว

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาว นาตยา จุลลา รักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-201-2479, 02-201-0284 โทรศัพท์มือถือ 089-439-7482

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการจำและการรู้คิดลดลง ความผิดปกติในด้านการรับรู้จากการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำกัด หรือสูญเสียในความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม นำไปสู่ อาการทางจิต ที่พบมากคือ อาการซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร่วมกับอาการซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการทบทวนแนวทางการพยาบาล และลดปัจจัยที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ดูแลครอบครัว รวมไปถึงเศรษฐกิจของประเทศชาติ

วัตถุประสงค์ 1.เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย ชนิดของโรคสมองเสื่อม การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการ

เผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย รวมถึงวิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ โดยจะทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการข้าร่วมการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ตลอดเวลา

2. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยจะอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบคำถาม หรือข้อสงสัย ตลอดการตอบแบบสอบถาม โดยการตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ฉบับ แบ่งการตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ก่อนอาสาสมัครพบแพทย์ จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที แบบสอบถามที่ใช้ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และช่วงที่ 2 จะทำหลังจากที่อาสาสมัครพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ในการตอบแบบสอบถามที่เหลือได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และ แบบมุ่งปรับอารมณ์

5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น และตรวจสอบความเรียบร้อยและความถูกต้อง หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย 1.ได้รับองค์ความรู้ในเรื่องความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวม ในการจัดการอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-2011544

เอกสารประกอบ 5ก

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
ชื่อผู้วิจัย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....
อายุ .....เลขที่เวชระเบียน .....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

<u>คำชี้แจง</u>

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 10 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	จำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 8	แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 9	แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 10	แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุด ลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. อายุ .....ปี

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า / แยกกันอยู่

4. ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย.....

5. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ โรคหัวใจ ☐ อื่นๆ.....

6. ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์ .....

7. ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

8. ประวัติการใช้สารเสพติด

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9. ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

10. ลักษณะการอยู่อาศัย

☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา หรือ สถานพยาบาล

☐ อื่นๆ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)

	Question	Points
1.	Orientation (6 คะแนน)	
	วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
	ที่ไหน	1
	ใคร (คนในภาพ)	1
2.	Registration (3 คะแนน)	
	บอกของ 3 อย่าง(ต้นไม้ รถยนต์ มือ) แล้วให้พูดตาม	3
3.	Attention (5 คะแนน)	
	ให้บอกวันเสาร์ – วันอาทิตย์ย้อนหลัง	5
4.	Calculation (3 คะแนน)	
	100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง	3
5.	Language (10คะแนน)	
	ถามว่า สิ่งนี้เรียกว่า อะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2
	ให้พูดตาม“ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1
	ทำตามคำขั้นตอนเป็นลำดับ	
	หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1
	พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1
	แล้วส่งกระดาษให้ผู้ ตรวจ	1
	อ่านข้อความแล้วทำ ตาม “หลับตา”	1
	วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	2
	กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับหมาเหมือนกันคือ(เป็นสิ่งมีชีวิต)...	1
6.	Recall (3 คะแนน)	
	ถามของ 3 อย่าง ที่ให้จำตามตามข้อ2	3
	คะแนนเต็ม 30	

CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

รหัส วันที่

คำแนะนำในการสัมภาษณ์: ผม/ดิฉันจะถามคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ผม/ดิฉันสนใจความเปลี่ยนแปลงของคุณที่คุณได้สังเกตเห็น และระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ให้ทำเครื่องหมาย X หรือ □ ที่ตัวเลขในช่องขวามือ

A. อาการแสดงเกี่ยวกับอารมณ์ อาการแสดงที่สัมพันธ์กับอารมณ์ 1. ความวิตกกังวล: (การแสดงออกถึงความวิตกกังวล หมกมุ่น ครุ่นคิด/คิดพิจารณา แต่เรื่องเดิมๆถามช้าๆ พูดช้าๆ เดินไปเดินมา) - คุณรู้สึกกังวลในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาไหม - คุณกังวลเรื่องอะไรที่ตามธรรมดาแล้ว คุณอาจจะไม่ค่อยกังวลไหม หรือครุ่นคิด เรื่องอะไรที่อาจจะดูจะไม่ค่อยสำคัญ นัก - คุณเคยมีการแสดงถึงความกังวล ตึงเครียด หงุดหงิดใจหรือหวาดหวั่น ใจไหม	[0] ไม่มี [1] มี
2. ความเศร้า: (การแสดงออกถึงความเศร้า เสียงเศร้าๆ ร้องไห้ การหลั่งน้ำ ตา) - คุณรู้สึกซึมเศร้า เศร้าหรือหม่นหมอง หดหู่ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาไหม - คุณร้องไห้ไหม ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา -มีกี่วัน ที่คุณรู้สึกอย่างนี้ แต่ละวัน นานเท่าไร	[0] ไม่มี [1] มี
.....	.....
19. ความหลงผิดที่เข้ากันได้กับอารมณ์: (หลงผิดว่า ยากจน ป่วย หรือสูญเสีย) - คุณมีความคิดว่า คนอื่นคิดว่า คุณแปลกไปไหม	[0] ไม่มี [1] มี

ส่วนที่ 3 CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ดูแล)

รหัส วันที่

คำแนะนำในการสัมภาษณ์: ผม/ดิฉันจะถามคำ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติของคุณในช่วงหนึ่งสัปดาห์ ที่ผ่านมา ผม/ดิฉันสนใจความเปลี่ยนแปลงของเขาที่คุณได้สังเกตเห็น และระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ให้ทำเครื่องหมาย X หรือ ○ที่ตัวเลขในช่องขวามือ

A. อาการแสดงเกี่ยวกับอารมณ์ อาการแสดงที่สัมพันธ์กับอารมณ์ 1. ความวิตกกังวล: (การแสดงออกถึงความวิตกกังวล หมกมุ่น ครุ่นคิด/คิดพิจารณา แต่เรื่องเดิมๆถามช้าๆ พูดช้าๆ เดินไปเดินมา) - ญาติของคุณแสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวลในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาไหม - เขากังวลเรื่องอะไรที่ตามธรรมดาแล้ว เขาอาจจะไม่ค่อยกังวลไหม หรือครุ่นคิด เรื่องอะไรที่อาจจะดูจะไม่ค่อยสำคัญนัก - ญาติของคุณเคยมีการแสดงถึงความกังวล ตึงเครียด หงุดหงิดใจหรือหวาดหวั่น ใจไหม	[0] ไม่มี [1] มี
2. ความเศร้า: (การแสดงออกถึงความเศร้า เสียงเศร้าๆ ร้องไห้การหลั่งน้ำตา) - ญาติของคุณรู้สึกซึมเศร้า เศร้าหรือหม่นหมอง หดหู่ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ไหม - เขาร้องไห้ไหม ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา - มีกี่วันที่เขารู้สึกอย่างนี้แต่ละวัน นานเท่าไร	[0] ไม่มี [1] มี
⋮	
19. ความหลงผิดที่เข้ากันได้กับอารมณ์: (หลงผิดว่ายากจน ป่วยหรือสูญเสีย) - ญาติของคุณมีความคิดว่า คนอื่นคิดว่า เขาแปลกไปไหม	[0] ไม่มี [1] มี

Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

Modified Barthel Activity of Daily Index รหัส.....วันที่.....

กิจกรรม	คะแนน
1. การรับประทานอาหาร (feeding) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนช่วย 1= ตักเองได้ ต้องมีคนช่วย 2 = ปกติ	
2. สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1= ทำได้ เตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	
3. การเคลื่อนย้าย (Transfer) 0 =ไม่สามารถทำได้ 1= ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง 3 = ทำเองได้	
4. การใช้ห้องสุขา หรือ กระโถน (Toilet use) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1= ทำเองได้บ้าง 2 = ช่วยตัวเองได้ดี	
.....	
10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (Bladder) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือคาสายสวนปัสสาวะ 1 = กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน) 2 = กลั้นได้ปกติ	
รวม	

Chulalongkorn University

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อท่าน แล้วพิจารณาว่าตรงกับความจริงของท่านตามความรู้สึกและความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิดแล้วใส่เครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

คะแนน 5 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านน้อย

คะแนน1 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	ไม่เห็นด้วยเลย 1
1. สมาชิกในครอบครัวสนใจเข้ามาพูดคุยซักถามความเป็นอยู่ของท่าน					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับ เรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวันและการจ่ายตลาด					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเอง ไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกจริงของท่าน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น				
2	ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกว่าท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล

แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่ท่านได้เคยกระทำในสถานที่ทำงานของท่านขอให้ท่านเลือกตอบเพียง 1 ช่องโดยทำเครื่องหมาย X ลงในช่องระดับการแสดงพฤติกรรมตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุดจาก 5 ตัวเลือกดังนี้

ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง
บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง
น้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยครั้ง
ไม่เคย หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้น

ข้อคำถาม	ระดับการแสดงพฤติกรรมของท่าน				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้					
2.ท่านสามารถบอกถึงความรู้สึกที่ตนเองมีต่อผู้อื่นได้ด้วยความเต็มใจ					
3. ท่านสามารถรักษาความลับของผู้อื่นที่นำมาเปิดเผยกับข้าพเจ้าได้					
4. ท่านจะแสดงความสนใจความรู้สึกของคู่สนทนา					
5. ท่านจะแสดงความเข้าใจความรู้สึกของคู่สนทนา					
6.....					
7.....					
8.....					
21.ท่านจะไม่พูดคุยกับคนที่มีฐานะทางสังคมต่ำกว่าท่าน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

คำชี้แจง แบบสอบถามต้องการทราบเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ท่านโปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
1) ท่านพยายามวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น					
2) ท่านคิดหาหนทางต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น					
3) ท่านนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา					
4)					
5)					
6) ท่านหวังว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจะผ่านไป หรือสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามต้องการทราบเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ท่านโปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
1) ท่านยินดีความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบุคคลอื่น					
2) เมื่อมีปัญหาท่านสวดมนต์ภาวนาทำสมาธิ ละหมาดให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น					
3)ท่านแก้ไขปัญหาโดยการพยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น					
4)					
5)					
6)					
7)					
8) ท่านเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างจะดีขึ้นเอง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 10 แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้สัมภาษณ์ประเมินจากที่ผู้ป่วยบอกและการสังเกตร่วมด้วย คำถามมีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ โปรดใส่ เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับผู้ป่วย

-ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9 และ 10

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับเข้าใจของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)	[0] ไม่มี [1] จะบอกภาวะความรู้สึกนี้เมื่อถามเท่านั้น [2] บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง [3]สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงและมักร้องไห้ [4] ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย
3. การฆ่าตัวตาย	[0] ไม่มี [1] รู้สึกชีวิตไร้ค่า [2] คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใดๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง [3] มีความคิดหรือท่าทีจะฆ่าตัวตาย [4] พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)
17. อาการหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง	[0] ตระหนักว่าตนเองซึมเศร้าและเจ็บป่วย [1] ตระหนักว่าตนเองกำลังเจ็บป่วยแต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่คุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ [2] ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง [3] มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

ภาคผนวก ง
เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
และเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/0322

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ Thai Mental State Health (TMSE) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า" ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2558 (เลขที่โครงการรหัส : ID 02-58-41 ย) นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/1356

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 33 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ Thai Mental State Health (TMSE) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/1396

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 42 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ Thai Mental State Health (TMSE) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

หน่วยวิเคราะห์ข้อมูล เลขที่ 1580137
รับที่ 26 ก.พ. 2558 เวลา 11:00 น.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
รับที่ 64
วันที่ 11 มี.ค. 2558
เวลา

ที่ ศธ 0512.11/1396

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
รับที่ 64
วันที่ 6 ม.ค. 2558
เวลา

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 42 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ Thai Mental State Health (TMSE) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์/หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

เพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยตามโครงการและลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมให้เก็บข้อมูลการวิจัยภายในวันที่ 13 มี.ค. 58

(ศ.นพ.ประพักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำเนาเรียน 16 มี.ค. 2558

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

- ไม่ขอรับ
- เชิญคุณฐนิษฐา

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๔๓๖
วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๘
เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๓๕๖
ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๗

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒๒๐๑-๑๒๗๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ. นพ.ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำเนาเรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

ภาคผนวก จ

เอกสารการรับรองจริยธรรม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ที่ ศธ 0512.11/ 1374

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
3. คำรับรองจากหัวหน้าโครงการวิจัย 1 ชุด
4. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงร่างการวิจัย 1 ชุด
5. แบบรายงานการส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
6. แบบสรุปโครงการวิจัย 1 ชุด
7. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
8. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 1 ชุด
9. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม 1 ชุด
10. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ 1356

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 4 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด
3. แบบคำร้องขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ 4 ชุด
4. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
5. หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
6. แบบฟอร์มการส่งโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 4 ชุด
7. แผ่น CD บรรจุข้อมูล 1ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔- ๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓
ที่ .....สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย....๓๙๔.๑/๒๕๕๘...**วันที่**.....๒๙.....เมษายน.....๒๕๕๘.....
เรื่อง ผลการพิจารณาโครงร่างการวิจัย

เรียน นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง....ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า....(เลขที่โครงการ...๐๑๓/๕๘..) คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวในการประชุม ครั้งที่...๓...ปี ....๕๘.....และผู้วิจัยโปรดรายงานความก้าวหน้าของโครงร่างการวิจัย ทุก....๑๒....เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองดังต่อไปนี้มาด้วย

๑. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (ฉบับเต็ม) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
   ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
   ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)
   ส่วนที่ ๓ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ดูแล) และ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ป่วย)
   ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
   ส่วนที่ ๕ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
   ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
   ส่วนที่ ๗ แบบสอบถามเกี่ยวกับกับการสื่อสารระหว่างบุคคล
   ส่วนที่ ๘ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา
   ส่วนที่ ๙ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์
   ส่วนที่ ๑๐แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
๕. **ประวัติผู้วิจัยหลัก** :
   ๕.๑ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว
๖. **ประวัติผู้วิจัยร่วม**/อาจารย์ที่ปรึกษา :
   ๖.๑ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ลงนาม.....
(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิน)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

RLC 013/58

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐
โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

COA 38/2558

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Predicting Factors for Severity on Depressive Symptoms Among Persons with Coexisting Dementia and Depressive Symptoms

เลขที่โครงการ : ๐๑๓/๕๘

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
- เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (ฉบับเต็ม) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
  ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)
  ส่วนที่ ๓ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ดูแล) และ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ป่วย)
  ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
  ส่วนที่ ๕ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
  ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
  ส่วนที่ ๗ แบบสอบถามเกี่ยวกับกับการสื่อสารระหว่างบุคคล
  ส่วนที่ ๘ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา
  ส่วนที่ ๙ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์
  ส่วนที่ ๑๐แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Serious Adverse Event :SAE) เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction :SUSAR) ที่เกิดขึ้นภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ต่อคณะกรรมการพิจาณาจริยธรรมการวิจัยโดยปฏิบัติตาม AE Guidance ฉบับมิถุนายน 2011 ที่จัดทำโดย FERCIT
๔. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย **ทุก.....๑๒.....**หรือเมื่อได้รับการร้องขอ หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย ๔ สัปดาห์

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอ.ณ.กรรม ชั้น ๒
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ
๑๐๓๐๐ โทร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐
โทรสาร ๐-๒๖๖๘-๗๐๘๘

Amendment...01../..2558...

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หนังสือรับรองเฉพาะส่วนที่แก้ไข

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยดังนี้

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสโครงการ : ๐๑๓/๕๘

เอกสารที่ตอบรับ :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย **Version 6 ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๘**
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย **Version 6 ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๘**

วันที่ทบทวนและรับรองโดยคณะกรรมการฯ ที่ได้รับมอบหมาย : .....๒๕.../.....๐๘...../.....๒๕๕๘.....

วันที่แจ้งให้ทราบในที่ประชุมคณะกรรมการ ฯ : .....๑๐.../...๐๙..../...๒๕๕๘..... การประชุมครั้งที่.....๐๙..../....๒๕๕๘.....

ตอบรับโดย : คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....
(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิน)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(เภสัชกรหญิงเสาวลักษณ์ ตุรงคราวี)
เลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔- ๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓
ที่ .....สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....๘๗๙/๒๕๕๘.....**วันที่**.....๑๔...กันยายน....๒๕๕๘.....
เรื่อง ผลการพิจารณาการขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงร่างการวิจัย (Amendment)

เรียน น.ส.ฐนิษฐา กลีบบัว

ตามที่ท่านได้ตอบข้อเสนอแนะโครงร่างการวิจัยเพื่อขอพิจารณาขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงร่างการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว (Amendment ครั้งที่ ๑) ตามบันทึกลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ เรื่อง ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (เลขที่โครงการ..๐๑๓/๕๘..) เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ทางกรรมการผู้ได้รับมอบหมายให้ทบทวนการขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงร่างการวิจัย (Amendment) โครงการวิจัยดังกล่าว **มีมติรับทราบ โดยไม่มีข้อเสนอแนะ** (แจ้งเพื่อทราบในการประชุม RM 9/58 วันพฤหัสบดีที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ วาระที่ ๔.๒)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ลงนาม.....
(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิน)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔- ๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓
ที่ .....สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย....๓๙๔.๑/๒๕๕๘...**วันที่**.....๒๙.....เมษายน.....๒๕๕๘.....
เรื่อง ผลการพิจารณาโครงร่างการวิจัย

เรียน นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง....ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า....(เลขที่โครงการ...๐๑๓/๕๘..) คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวในการประชุม ครั้งที่...๓...ปี ....๕๘.....และผู้วิจัยโปรดรายงานความก้าวหน้าของโครงร่างการวิจัย ทุก....๑๒....เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองดังต่อไปนี้มาด้วย

๑. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (ฉบับเต็ม) **Version 4 ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘**
ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)
ส่วนที่ ๓ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ดูแล) และ CSDD ฉบับภาษาไทย (การสัมภาษณ์ผู้ป่วย)
ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
ส่วนที่ ๕ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ ๗ แบบสอบถามเกี่ยวกับกับการสื่อสารระหว่างบุคคล
ส่วนที่ ๘ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา
ส่วนที่ ๙ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์
ส่วนที่ ๑๐แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
๕. **ประวัติผู้วิจัยหลัก** :
๕.๑ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว
๖. **ประวัติผู้วิจัยร่วม**/อาจารย์ที่ปรึกษา :
๖.๑ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ลงนาม.....
(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิน)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๘/๙๙

ชื่อโครงการ (EC_580344)	ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๕๘-๔๑ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม ประทีป โอประเสริฐสวัสดิ์

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)

วันที่รับรอง ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ระยะเวลาในการศึกษา ๖ เดือน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2015/99

Title of Project (EC_580344)	Predicting Factors for Severity on Depressive Symptoms among Persons with Coexisting Dementia and Depressive Symptoms
Protocol Number	ID 02-58-41
Principal Investigator	Miss. Thanittah Kleebbua
Education Address	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	Pratak Oprasertsawat Prof. Pratak O-Prasertsawat, M.D.
Date of Approval	February 9, 2015
Duration of Study	6 Months

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โทรศัพท์ 1544 โทรสาร 2772

ที่ จวค 1672/2558
วันที่ 31 สิงหาคม 2558
เรื่อง อนุมัติให้ขยายระยะเวลาในการทำวิจัย

เรียน นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

อ้างถึงเอกสารลงวันที่ 21 สิงหาคม 2558 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (Predicting Factors for Severity on Depressive Symptoms among Persons with Coexisting Dementia and Depressive Symptoms) (ID 02-58-41 ย) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวหน้าโครงการได้ส่งเอกสารขอขยายระยะเวลาการทำวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรับทราบ ดังนี้

- ขยายระยะเวลาในการวิจัยจากเดิม เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558
  ขอขยายเป็น เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรับทราบและอนุมัติเรื่องดังกล่าว ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2558

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โทรศัพท์ 1544 โทรสาร 2772

ที่ จวค 1194/2558
วันที่ 13 กรกฎาคม 2558
เรื่อง อนุมัติให้เพิ่มจำนวนอาสาสมัครในการทำวิจัย

เรียน นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว

อ้างถึงเอกสารลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2558 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า (Predicting Factors for Severity on Depressive Symptoms among Persons with Coexisting Dementia and Depressive Symptoms) (ID 02-58-41 ย) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวหน้าโครงการได้ส่งเอกสารขอเพิ่มจำนวนอาสาสมัครในการทำวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรับทราบดังนี้

- เพิ่มจำนวนอาสาสมัครในการทำวิจัยโดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเหมือนเดิมอีกจำนวน 37 คน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรับทราบและอนุมัติเรื่องดังกล่าว ณ วันที่ 6 กรกฎาคม 2558

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Serious Adverse Event :SAE) เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction :SUSAR) ที่เกิดขึ้นภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ต่อคณะกรรมการพิจาณาจริยธรรมการวิจัยโดยปฏิบัติตาม AE Guidance ฉบับมิถุนายน 2011 ที่จัดทำโดย FERCIT
๔. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย **ทุก.....๑๒.....**หรือเมื่อได้รับการร้องขอ หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย ๔ สัปดาห์

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

ภาคผนวก ฉ
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 576
วันที่ 19 มิ.ย. 57
เวลา 09.00 น.
ผู้รับ

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว รหัสประจำตัว 5577303836 นิสิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 598/333 คอนโดไอเฮาส์ พระรามเก้า อาคาร เอ ถนน พระรามเก้า แขวง ห้วยขวาง เขต บางกะปิ จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์ 083-9222996 กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า" (ระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ตามประกาศ เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 23 / 2556 ปีการศึกษา 2556 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2557)
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ชื่อวิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นิษา สมานทรัพย์
4. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
5. คณะ / ภาควิชา / สาขาวิชา สาขา คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
6. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ. 2554

ลงนาม นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว)
18 มิถุนายน 2557

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
เห็นชอบในหลักการ	เห็นชอบเป็นอย่างยิ่ง
ลงนาม (ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 18 / มิ.ย. / 57	ลงนาม (ผศ.ดร. ปัจจิมา สุนทรไชยา) 23 / มิ.ย. / 57
ความเห็นรองคณบดี เห็นชอบ ลงนาม สุนิตา มรีชาญวนิช (ผศ.ดร. สุนิตา มรีชาญวนิช) 23 / มิ.ย. / 57	อนุญาต ลงนาม วรีพร ธนดิลก (.....) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ...../...../.....

29

FON-CU-THESIS11

เลขที่รับ 577
วันที่ 19 มิ.ย. 57
เวลา 04.00 น.
ผู้รับ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว รหัสประจำตัว 5577303836
นิสิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 598/333 คอนโดไอเฮาส์ พระรามเก้า อาคาร เอ ถนน พระรามเก้า แขวง ห้วยขวาง เขต บางกะปิ จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์ 083-9222996 กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า"
(ระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ตามประกาศ เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 23 / 2556 ปีการศึกษา 2556 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2557)
โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและแบบเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์
2. ชื่อวิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกภาคใต้ตอนบน
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสุภาภรณ์ สังขมรรทร
4. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
5. คณะ / ภาควิชา / สาขาวิชา คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
6. ปีของวิทยานิพนธ์ ปีการศึกษา 2549

ลงนาม นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว)
18 มิถุนายน 2557

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
เห็นสมควรอนุมัติ	สมควร
ลงนาม	ลงนาม .....
(ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)	(รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)
18 / มิ.ย. / 57	23 / มิ.ย. / 57
ความเห็นรองคณบดี	**อนุญาต**
อนุมัติ	
ลงนาม	ลงนาม วัฒนา ธนศิริวงศ์
(รศ. ดร. สรินธร วิรัชชัย)	(.....)
24 / มิ.ย. / 57	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
	... / ... / ...

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	[illegible]
วันที่	19 มิ.ย. 57
เวลา	09.00 น.
ผู้รับ	[illegible]

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว รหัสประจำตัว5577303836 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 598/333 คอนโดไอเฮาส์ พระรามเก้า อาคาร เอ ถนน พระรามเก้า แขวง ห้วยขวาง เขต บางกะปิ จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์ 083-9222996 กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า" (ระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ตามประกาศ เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 23 / 2556 ปีการศึกษา 2556 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2557) โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ **มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย**

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว
2. ชื่อวิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นัยนา อินธิโชติ
4. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
5. คณะ / ภาควิชา / สาขาวิชา คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
6. ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว)
18 มิถุนายน 2557

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
เห็นสมควรให้ใช้เครื่องมือวิจัย	[illegible]
ลงนาม [illegible]	ลงนาม [illegible]
(ผศ. ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)	([illegible])
18 / มิ.ย. / 57	23 / มิ.ย. / 57
ความเห็นรองคณบดี	**อนุญาต**
เห็นควร	ลงนาม [illegible]
ลงนาม [illegible]	([illegible])
(ผศ. ดร. สุนีย์ ปรีดาวงศ์)	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
23 / มิ.ย. / 57	...../...../.....

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11 / 0874 วันที่ 13 มีนาคม 2558
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ Modified Barthel Activity of Daily Index,Chula ADL Index จากรายงานการวิจัย เรื่อง จากรายงานการวิจัย เรื่อง The meaning of activities of daily living in a Thai population : Development of a new index ของ ศาสตราจารย์ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2537)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุนิดา ปรีชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ 0974

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคลจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของประสิทธิผลการสื่อสารระหว่างบุคคลและความพึงพอใจ ในการทำงานที่มีต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพนักงานคนไทยในบริษัทข้ามชาติญี่ปุ่น ของ นางสาวธีราลักษณ์ ฉิมพาลี สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมี นาวาอากาศโทหญิง งามลมัย ผิวเหลือง เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ (2546)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ 0904

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ของ รองศาสตราจารย์ มาโนช หล่อตระกูล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราโมทย์ สุคนิชย์ และรองศาสตราจารย์ จักกฤษณ์ สุขยิ่ง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2539)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุรีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/0906

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย จากรายงานการวิจัย เรื่อง แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/0906

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย จากรายงานการวิจัย เรื่อง แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย ของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2550)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุรีพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/ 1374

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
3. คำรับรองจากหัวหน้าโครงการวิจัย 1 ชุด
4. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงร่างการวิจัย 1 ชุด
5. แบบรายงานการส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
6. แบบสรุปโครงการวิจัย 1 ชุด
7. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
8. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 1 ชุด
9. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม 1 ชุด
10. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ที่ ศธ 0512.11/1356

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า จำนวน 33 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ Thai Mental State Health (TMSE) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 02-2181-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวฐนิษฐา กลีบบัว โทร. 08-3922-2996

ภาคผนวก ช
ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2553) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

1. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบสภาพสมองไทย

   แทนค่า CVI = 30/30 = 1.00

2. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย (สัมภาษณ์ผู้ป่วย) ผู้ดูแลผู้ป่วย

   แทนค่า CVI = 19/19 = 1.00

3. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย (สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย)

   แทนค่า CVI = 19/19 = 1.00

4. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

   แทนค่า CVI = 10/10 = 1.00

5. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

   แทนค่า CVI = 17/20 = 0.85

6. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

   แทนค่า CVI = 8/10 = 0.80

7. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

แทนค่า CVI = 17/21 = 0.81

8. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

แทนค่า CVI = 6/6 = 1.00

9. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

แทนค่า CVI = 7/8 = 0.87

10. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

แทนค่า CVI = 17/17 = 1.00

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สัมประสิทธิ์ความเที่ยงและการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tm1	23.70	17.045	.000	.851
tm2	23.70	17.045	.000	.851
tm3	23.73	16.409	.407	.845
tm4	23.77	15.702	.636	.839
tm5	23.80	15.269	.706	.835
tm6	23.77	15.702	.636	.839
tm7	23.73	16.409	.407	.845
tm8	23.70	17.045	.000	.851
tm9	23.70	17.045	.000	.851
tm10	23.73	16.685	.219	.849
tm11	23.73	16.685	.219	.849
tm12	23.70	17.045	.000	.851
tm13	23.70	17.045	.000	.851
tm14	23.70	17.045	.000	.851
tm15	23.93	14.685	.660	.834
tm16	24.20	15.476	.327	.849
tm17	24.30	15.252	.397	.846
tm18	23.83	15.385	.568	.839
tm19	23.80	16.028	.378	.845
tm20	23.77	16.737	.117	.851
tm21	23.77	16.737	.117	.851
tm22	23.73	17.099	-.058	.853
tm23	23.83	15.316	.595	.838
tm24	23.83	15.316	.595	.838
tm25	23.97	15.137	.487	.841
tm26	24.03	14.447	.650	.834
tm27	24.23	15.495	.323	.849
tm28	24.13	14.671	.549	.839
tm29	24.33	15.057	.459	.843
tm30	24.43	15.289	.442	.843

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.850	30

แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สัมภาษณ์ผู้ป่วย)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cs1	16.63	21.620	-.021	.821
cs2	16.60	21.972	-.218	.824
cs3	16.67	20.713	.298	.812
cs4	16.67	22.368	-.287	.831
cs5	16.67	21.885	-.121	.825
cs6	16.60	21.972	-.218	.824
cs7	16.77	22.599	-.292	.836
cs8	16.67	20.713	.298	.812
cs9	16.47	14.809	.940	.758
cs10	16.47	14.809	.940	.758
cs11	16.63	20.654	.397	.810
cs12	16.77	20.737	.197	.816
cs13	16.47	14.809	.940	.758
cs14	16.47	14.809	.940	.758
cs15	16.47	14.809	.940	.758
cs16	16.70	20.700	.259	.813
cs17	16.50	20.741	.228	.815
cs18	16.53	20.809	.247	.814
cs19	17.47	21.154	.138	.817

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	19

แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สัมภาษณ์ผู้ดูแล)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cs1	16.47	21.085	-.015	.	.810
cs2	16.40	21.421	-.188	.	.811
cs3	16.50	20.259	.244	.	.801
cs4	16.47	21.913	-.304	.	.819
cs5	16.50	21.362	-.108	.	.814
cs6	16.40	21.490	-.228	.	.811
cs7	16.60	22.110	-.286	.	.826
cs8	16.47	20.257	.286	.	.800
cs9	16.27	14.409	.938	.	.740
cs10	16.27	14.409	.938	.	.740
cs11	16.43	20.185	.389	.	.797
cs12	16.63	20.861	.018	.	.813
cs13	16.27	14.409	.938	.	.740
cs14	16.27	14.409	.938	.	.740
cs15	16.27	14.409	.938	.	.740
cs16	16.50	20.052	.312	.	.798
cs17	16.30	20.217	.239	.	.801
cs18	16.33	20.368	.231	.	.801
cs19	17.27	20.754	.104	.	.806

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.803	19

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
adl1	10.90	27.817	.920	.951
adl2	11.60	30.524	.721	.959
adl3	10.63	25.206	.918	.953
adl4	10.87	27.568	.947	.950
adl5	10.43	25.909	.840	.957
adl6	10.87	28.189	.934	.951
adl7	11.33	29.195	.704	.960
adl8	11.70	30.079	.778	.958
adl9	10.83	28.144	.848	.954
adl10	10.93	29.444	.753	.958

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
NIVERSITY

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	10

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Re1	64.37	134.516	.874	.939
Re2	64.13	134.947	.907	.938
Re3	64.53	131.154	.866	.938
Re4	64.57	130.944	.909	.938
Re5	65.30	155.183	-.134	.951
Re6	65.47	156.051	-.187	.952
Re7	64.07	136.409	.859	.939
Re8	64.53	129.844	.924	.937
Re9	64.77	132.668	.762	.940
Re10	64.07	134.685	.906	.938
Re11	64.10	138.576	.878	.940
Re12	64.57	129.978	.892	.938
Re13	65.03	162.171	-.455	.958
Re15	64.13	136.051	.951	.938
Re16	64.30	132.079	.925	.937
Re17	64.20	134.510	.954	.938
Re18	64.90	162.438	-.550	.956
Re19	64.60	139.834	.783	.941
Re20	64.93	129.857	.832	.939
Re14	64.17	137.040	.935	.939

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.945	20

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self1	22.50	20.810	.741	.898
self2	22.57	19.220	.862	.890
self3	23.03	23.137	.602	.906
self4	22.77	21.633	.749	.897
self5	22.87	22.947	.731	.900
self6	22.73	23.306	.759	.900
self7	22.77	22.737	.769	.898
self8	22.97	24.930	.437	.914
self9	22.90	22.921	.507	.913
self10	22.60	21.283	.728	.899

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	10

แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
in1	70.80	99.614	.754	.915
in2	71.03	97.620	.835	.913
in3	69.63	106.999	.445	.921
in4	70.23	101.357	.708	.916
in5	70.23	99.978	.720	.916
in6	70.53	97.361	.793	.914
in7	70.23	98.185	.823	.913
in8	69.97	101.551	.822	.914
in9	70.27	103.789	.731	.916
in10	70.20	103.890	.719	.917
in11	70.23	107.495	.627	.919
in12	70.87	96.395	.845	.912
in13	70.90	96.024	.888	.911
in14	70.07	103.375	.716	.916
in15	70.03	104.102	.672	.917
in16	69.97	110.033	.225	.926
in17	70.27	104.271	.506	.921
in18	69.60	114.869	-.069	.928
in19	69.63	107.413	.618	.919
in20	69.57	107.564	.545	.920
in21	69.73	124.754	-.526	.943

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.922	21

แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
co1	16.63	13.620	.850	.908
co2	16.37	15.137	.878	.901
co3	16.60	16.386	.696	.925
co4	16.87	16.809	.698	.924
co5	16.63	15.275	.845	.905
co6	16.40	16.179	.795	.913

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.927	6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cp1	19.43	18.875	.231	.818
cp2	19.83	18.971	.194	.824
cp3	19.13	15.085	.706	.751
cp4	19.10	16.162	.576	.773
cp5	17.93	16.202	.491	.787
cp6	18.87	17.499	.576	.779
cp7	18.80	13.476	.767	.735
cp8	19.50	15.914	.616	.767

ทยาลัย
NIVERSITY

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	8

แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ham1	15.90	42.024	.565	.834
ham2	16.30	42.355	.546	.835
ham3	16.80	42.303	.790	.826
ham4	16.43	47.633	.125	.853
ham5	16.53	45.085	.426	.841
ham6	15.80	48.234	.032	.859
ham7	15.70	42.562	.608	.832
ham8	16.27	45.306	.360	.844
ham9	16.73	45.995	.375	.844
ham10	15.87	43.982	.512	.837
ham11	16.43	41.220	.740	.825
ham12	16.93	45.375	.504	.840
ham13	16.57	45.840	.411	.842
ham14	17.30	46.976	.480	.844
ham15	16.20	39.545	.605	.832
ham16	16.13	37.568	.549	.842
ham17	16.50	44.052	.442	.840

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.848	17

Correlations

		ความมรุนแรงของอาการซึมเศร้า	ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	ความสามารถในการรู้คิด
ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	Correlation Coefficient	-.478**	1			
	Sig. (2-tailed)	.000				
	N	176	176			
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	Correlation Coefficient	.299**	-.039	1		
	Sig. (2-tailed)	.000	.606			
	N	176	176	176		
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	Correlation Coefficient	.092	-.120	-.110	1	
	Sig. (2-tailed)	.226	.111	.147		
	N	176	176	176	176	
ความสามารถในการรู้คิด	Correlation Coefficient	-.209**	.160*	-.143	.096	1
	Sig. (2-tailed)	.005	.034	.058	.206	
	N	176	176	176	176	176

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

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

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Errora	Approx. Tb	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.206			.100
Interval by Interval	Pearson's R	-.093	.074	-1.238	.217[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.103	.074	-1.369	.173[c]
N of Valid Cases		176			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.321			.443
Interval by Interval	Pearson's R	.108	.074	1.436	.153[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.146	.075	1.952	.053[c]
N of Valid Cases		176			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.103	.074	-1.369	.173[c]
N of Valid Cases		176			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	342.414			
Final	.000	342.414	14	.000

Link function: Logit.

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	125.333	118	.305
Deviance	129.161	118	.227

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.857
Nagelkerke	.952
McFadden	.845

Link function: Logit.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Parameter Estimates

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Threshold	ซึมเศร้าระดับมาก	-3.372	1.020	10.933	1	.001	-5.371	-1.373
	ซึมเศร้าระดับปานกลาง	-.497	.964	.266	1	.606	-2.386	1.392
	ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	32.832	781.344	.002	1	.966	-1498.574	1564.237
Location	สัมพันธภาพในครอบครัวต่ำมาก	54.239	1995.261	.001	1	.978	-3856.400	3964.879
	สัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ	3.991	.759	27.642	1	.000	2.503	5.478
	สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง	4.068	.712	32.664	1	.000	2.673	5.463
	สัมพันธภาพในครอบครัวสูง	0[a]	.	.	0	.	.	.
	พึ่งพาทั้งหมด	20.000	2092.765	.000	1	.992	-4081.745	4121.745
	พึ่งพาส่วนใหญ่	.583	.584	.994	1	.319	-.563	1.728
	พึ่งพาบางส่วน	1.687	.445	14.356	1	.000	.814	2.559
	พึ่งพาเล็กน้อย	0[a]	.	.	0	.	.	.
	ทักษะการสื่อสารสูงมาก	-3.730	1.285	8.428	1	.004	-6.248	-1.212
	ทักษะการสื่อสารสูง	-3.983	1.119	12.662	1	.000	-6.176	-1.789
	ทักษะการสื่อสารปานกลาง	-2.157	0.638	11.434	1	.001	-3.407	-0.907
	ทักษะการสื่อสารต่ำ	0[a]	.	.	0	.	.	.
	ปรับอารมณ์สูง	-.747	.848	.777	1	.378	-2.409	.915
	ปรับอารมณ์ปานกลาง	-1.517	.436	12.134	1	.000	-2.371	-.664
	ปรับอารมณ์ต่ำ	0[a]	.	.	0	.	.	.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ฐนิษฐา กลีบบัว เกิดวันที่ 22 เมษายน 2529 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต 2551 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2555 ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกจิตรักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ ที่อยู่ปัจจุบัน 598/333 คอนโดไอเฮาส์พระรามเก้า อาคารเอ ถ. พระรามเก้า แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 083-9222996 E-mail thaniz_k@hotmail.com

ผลงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University