ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นายดนุวัศ ศศิภิญโญ

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital

Mr. Danuwat Sasipinyo

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2016
Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| โดย | นายดนุวัศ ศศิภิญโญ |
| สาขาวิชา | สุขภาพจิต |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | อาจารย์ แพทย์หญิงปุญฑริก ศรีสวาท |

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ แพทย์หญิงปุญฑริก ศรีสวาท)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล)

ดนุวัศ ศศิภิญโญ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. พญ.ปุญฑริก ศรีสวาท, 97 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 – มีนาคม 2560 โดยให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทุกคนตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไค-สแควร์

ผลการศึกษา จากผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 82 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.9 มีอายุเฉลี่ย 54.15 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.2 กว่าครึ่งมีสถานะโสด ร้อยละ 51.2 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 โดยแบ่งเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.0 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 3.7 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.2 พบผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 และพบผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับการศึกษา (OR = 9.692, 95% CI = 2.580 – 36.405 ; $p < 0.001$) การมีรายได้ของผู้ดูแล (OR = 4.071, 95% CI = 1.160 – 14.291 ; $p < 0.05$) ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย (OR = 10.761, 95% CI = 2.198 - 52.673 ; $p < 0.001$) ปัญหาทางด้านสุขภาพ (OR = 8.772, 95% CI = 2.176 - 35.364 ; $p < 0.001$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (OR = 11.000, 95% CI = 2.249 - 53.812 ; $p < 0.001$) และคุณภาพการนอนหลับ (OR = 29.400, 95% CI = 3.581 - 241.348 ; $p < 0.001$) โดยแต่ละช่วงปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จึงควรมีการประเมินหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้ดียิ่งขึ้น

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2559

# # 5874033030 : MAJOR MENTAL HEALTH
KEYWORDS: DEPRESSION / CAREGIVER / DEMENTIA

DANUWAT SASIPINYO: The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital. ADVISOR: PUNTARIK SRISAWAT, M.D., 97 pp.

The purposes of this descriptive research were to study prevalence of depression, burden and associated factors of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital. A total of 82 participants in study from November 2016 to March 2017. Data were collected by using self-report questionnaire of dementia patients and caregivers of dementia patients, Beck Depression Inventory-II Thai version, Zarit Burden Interview Thai version and The Pittsburgh Sleep Quality Index Thai version. Statistical analysis was done by using SPSS. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation and chi-square.

In 82 caregivers of dementia patients reported female 82.9 percent. The average age of 54.15 years old with 51.2 percent completed bachelor's degree. More than half 51.2 percent were single. The results were revealed that 15.9 percent in caregivers of dementia patients had depression. Divided to mild depression 11.0 percent, moderate depression 3.7 percent and severe depression 1.2 percent. 34 caregivers of dementia patients were found caregiver burden of patients with dementia, 41.5 percent. And 32 caregivers of dementia patients had poor quality of sleep, 39.0 percent. Caregivers' factors related to depression in caregivers of dementia patients were level of education (OR = 9.692, 95% CI = 2.580 – 36.405 ; $p < 0.001$), income (OR = 4.071, 95% CI = 1.160 – 14.291 ; $p < 0.05$), adequate income (OR = 10.761, 95% CI = 2.198 - 52.673 ; $p < 0.001$), problems of health (OR = 8.772, 95% CI = 2.176 - 35.364 ; $p < 0.001$), caregiver burden of patients with dementia (OR = 11.000, 95% CI = 2.249 - 53.812 ; $p < 0.001$) and quality of sleep (OR = 29.400, 95% CI = 3.581 - 241.348 ; $p < 0.001$). These factors were increased risk of depression in caregivers of dementia patients. To decrease caregiver depression, physicians who provide medication should investigated or screen for caregivers of dementia patients for proper management to improve quality of care among patients with dementia.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Department: | Psychiatry | Student's Signature | ..... |
| Field of Study: | Mental Health | Advisor's Signature | ..... |
| Academic Year: | 2016 | | |

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล และอาจารย์แพทย์หญิงปุณฑริก ศรีสวาท ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรักความเมตตาเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ที่ได้ให้ความกรุณามาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล ที่ได้ให้ความกรุณามาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ตลอดจนความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย หัวหน้าแผนกจิตเวชศาสตร์ ชั้น 12 ตึก ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทุกท่านที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. ชั้น 12 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อ คุณแม่ และบุคคลในครอบครัวทุกท่าน ตลอดจนเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนตลอดเวลาที่ทำการศึกษา ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้เป็นอย่างดีเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**สารบัญ**

หน้า


บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

บทที่ 1 ..... 11

บทนำ ..... 11

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale) ..... 11

คำถามของการวิจัย (Research Question) ..... 12

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) ..... 12

สมมุติฐาน (Hypothesis) ..... 12

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation) ..... 13

คำสำคัญ (Key Words) ..... 13

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) ..... 13

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ( Expected Benefit and Application ) ..... 14

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย (Conceptual framework ..... 15

บทที่ 2 ..... 16

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 16

ภาวะซึมเศร้า ..... 17

ภาวะสมองเสื่อม ..... 26

ผู้ดูแล ..... 31

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 36


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

บทที่ 3 ..... 39
วิธีดำเนินการวิจัย ..... 39
รูปแบบการวิจัย (Research Design) ..... 39
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) ..... 39
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples) ..... 39
วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ..... 39
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination) ..... 39
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) ..... 40
เกณฑ์รับเข้าการศึกษา ( Inclusion Criteria ) ..... 40
เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ..... 40
การสังเกตและการวัด (Observational Measurement) ..... 41
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ..... 47
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ..... 48
บทที่ 4 ..... 49
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ..... 50
ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ..... 57
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า ..... 58
บทที่ 5 ..... 61
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ..... 61
สรุปผลการวิจัย ..... 62
การอภิปรายผล ..... 64

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ข้อจำกัดในงานวิจัย ..... 68
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ..... 68
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและนำไปใช้ต่อ ..... 68
รายการอ้างอิง ..... 69
ภาคผนวก ..... 75
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ ..... 97



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

# สารบัญตาราง

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ..... 50

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย ..... 53

**ตารางที่ 3** แสดงองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Rankin, Haut, Keefover และ Frazen..... 54

**ตารางที่ 4** แสดงองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Whitlatch, Zarit และ von Eye..... 55

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย..... 55

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ..... 56

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย ..... 57

**ตารางที่ 8** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า ..... 58

**ตารางที่ 9** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า..... 60

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

# บทที่ 1
# บทนำ

## ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดในปัจจุบันนั้น นับได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญต่อวงการแพทย์และระบบสาธารณสุขไทยเป็นอย่างมาก อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทั้งนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย (Aging society)” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ซึ่งหมายถึง การมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยเมื่อปี พ.ศ. 2547 และ 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุของประเทศคิดเป็นร้อยละ 10 และ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งประชากรในวัยสูงอายุนี้จะเป็นวัยที่มีปัญหาต่าง ๆ ทั้งยังเป็นวัยที่พบปัญหาในการดูแลตนเองอีกด้วย[1]

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นอย่างถาวร มักเกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จากการศึกษาของ Ferri, C.P. และคณะ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประมาณการว่า ปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ[2] จากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 แต่ความชุกตามกลุ่มอายุจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยพบอัตราความชุกร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 3 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป[3] สำหรับในกรุงเทพมหานครพบความชุกร้อยละ 5.0 ในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนประชากรต่างจังหวัดพบความชุกร้อยละ 10.2[4] จากงานวิจัยดังกล่าวภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจจากการมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยพบว่า อาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น ได้แก่ อาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวน ก้าวร้าว การรบกวนในช่วงกลางวัน มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล และหวาดกลัว ซึ่งภาวะของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่น การบกพร่องทางด้านความจำ การเคลื่อนไหวที่ติดขัด และการสูญเสียการรับรู้ ภาวะที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล อาจทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความยากลำบาก เนื่องจากภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยได้[5]

จากข้อมูลที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการคัดกรองปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่อการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

**คำถามของการวิจัย (Research Question)**

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร

2. ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่อะไรบ้าง

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**สมมุติฐาน (Hypothesis)**

ไม่มี

**ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)**

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา สามารถบอกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาในเชิงวิเคราะห์ และเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นผู้พาผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกจิตเวชศาสตร์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นจึงไม่สามารถขยายผลไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่กว่านี้ได้

**คำสำคัญ (Key Words)**

- ภาวะซึมเศร้า (Depression)
- ผู้ดูแล (Caregiver)
- ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

**การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)**

**ภาวะซึมเศร้า (Depression)** หมายถึง อาการเบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน โดยในการศึกษาครั้งนี้วัดระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory–II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย โดยใช้ค่าคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนน ขึ้นไป

**ผู้ดูแล (Caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลท่านอื่น โดยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน

**ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (People with dementia)** หมายถึง ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกจิตเวชศาสตร์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ( Expected Benefit and Application )**

1. เพื่อให้ญาติ และผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อที่จะได้เข้าใจและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม อันจะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยสำหรับผู้ที่สนใจในเรื่องดังกล่าวต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**กรอบแนวคิดในการทำวิจัย (Conceptual framework**

# บทที่ 2
# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อนึ่ง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า
    1.1 ความหมาย
    1.2 ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า
    1.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
    1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
    1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
    1.6 การรักษาภาวะซึมเศร้า
2. ภาวะสมองเสื่อม
    2.1. ความหมาย
    2.2. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
    2.3. อาการของภาวะสมองเสื่อม
    2.4. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
    2.5. เกณฑ์การแบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อม
3. ผู้ดูแล
    3.1. ความหมาย
    3.2. ประเภทของผู้ดูแล
    3.3. ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
    3.4. สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
    3.5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
    3.6. การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**ภาวะซึมเศร้า**

**ความหมายของภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการต่อต้านของบุคคลต่อสิ่งที่มารบกวนหรือก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด อาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วย การมีอารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวหมดแรง รู้สึกกระวนกระวายใจ หงุดหงิด มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง ตลอดจนถึงหมดความสนใจที่จะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ[6] โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีอาการดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา และมีระยะเวลาของอาการนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน และการประกอบอาชีพในชีวิตประจำวันทั่วไป โดยภาวะซึมเศร้านั้นจะใช้เรียกอาการของโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามข้อบ่งชี้ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา[7]

**1.1 ความหมาย**

มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

Beck[8] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะของอารมณ์ที่แปรปรวนได้ง่าย เช่น โศกเศร้าเสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีมุมมองเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ มีความคิดอยากตาย ตลอดจนถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรือหมดความสนใจทางเพศ เป็นต้น

มาโนช หล่อตระกูล[9] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย หดหู่ สะเทือนใจ โดยมีระยะเวลาของอาการดังกล่าวติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมักเก็บตัวอยู่คนเดียว

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว[10] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะที่จิตใจเศร้าโศก หม่นหมอง หดหู่ มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และมีการมองโลกในแง่ร้ายร่วมด้วย โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดความหวังและต้องการหลบหนีจากความยากลำบากด้วยการทำร้ายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย[11] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้าที่มากผิดปกติ ร้องไห้มาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เศร้าหมอง หดหู่ ปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น และมีความคิดอยากตาย

รัชนู วรรณา[12] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยจะมีอาการ คือ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดอารมณ์สนุกสนานจากสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข หมดอาลัยตายอยาก ไม่มีเป้าหมายของชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์ มีความคิดอยากตาย จนมีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง การเรียน การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคม

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะของอารมณ์ที่แปรปรวนได้ง่าย มีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า เสียใจ หม่นหมอง หดหู่ มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีมุมมองเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ ตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แยกตัวและปฏิเสธการเข้าสังคมกับผู้อื่น รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีแต่ความทุกข์ ไม่มีเป้าหมายของชีวิต และมีความคิดอยากตาย ตลอดจนถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรือหมดความสนใจทางเพศ โดยมีระยะเวลาของอาการดังกล่าวติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

**1.2 ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า**

อาการซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก มีคนประมาณ 350 ล้านคนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะซึมเศร้านี้ ซึ่งอาการของภาวะซึมเศร้านั้นจะแตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นตามปกติในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate) และระดับรุนแรง (Severe) เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการของภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอีกด้วย ซึ่งผลร้ายที่สุดของภาวะซึมเศร้านั้นอาจถึงขั้นสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 800,000 คน และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่ 2 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 – 29 ปี[13]

โดยจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2546 พบว่าคนไทยป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 โดยพบในเพศชายร้อยละ 2.47 และพบในเพศหญิงร้อยละ 3.98 และพบการเกิดโรค dysthymia ร้อยละ 1.18[14] ถึงแม้ว่าภาวะซึมเศร้านี้จะไม่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยนั้นฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ก็ทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านี้เกิดความพิการได้ เมื่อวัดจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในอันดับที่ 4 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเลื่อนขึ้นมาอยู่ในอันดับที่ 2[15]

**1.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า**

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ดังนี้

1.3.1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท และความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน

ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors)

จากการศึกษาของ Sadock BJ, Sadock VA[16] โดยทำการศึกษาในครอบครัว (family studies) พบว่า หากมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยภาวะซึมเศร้ามากเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะทำให้บุตรป่วยด้วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น เช่น หากบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า บุตรก็จะมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 10 – 25 แต่หากบิดาหรือมารดาป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยของบุตรก็จะสูงขึ้นถึง 2 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sadock BJ, Sadock VA[17] ที่ทำการศึกษาในบุตรบุญธรรม (adoption studies) พบว่า บุตรหรือบิดาหรือมารดาที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย แม้จะได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่มีการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านี้ก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จากการศึกษาของ Akiskal HS[18, 19] ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมมีผลทำให้บุคคลนั้นมีอาการของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทร่วมกันของทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเกิดภาวะซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมอง

จากการศึกษาของ Thase ME[20] ซึ่งทำการศึกษาภาพถ่ายที่แสดงโครงสร้างของสมอง (structural brain imaging) โดยอาศัยเทคนิค CT Scan และ MRI พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมี hyper intensities ในบริเวณ subcortical regions ซึ่งได้แก่ periventricular regions, basal ganglia และ hypothalamus โดยพบว่าโพรงสมองมีขนาดโตขึ้น เปลือกสมองเหี่ยวลง ร่องสมองกว้างขึ้น และพบการลดลงของปริมาณเนื้อสมองอย่างชัดเจนอีกด้วย

ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารไบโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) โดยพบว่ามีการลดลงของสารเหล่านี้ ซึ่งได้แก่ norepinephrine, serotonin และ dopamine และจากการศึกษาพบว่า ยารักษาโรคซึมเศร้าซึ่งออกฤทธิ์โดยการเพิ่มปริมาณสารไบโอเจนิคเอมีนส์บริเวณรอยต่อของเซลล์ประสาท (synapses) และปรับเปลี่ยนความไวของตัวรับสารสื่อประสาทเหล่านี้ มีผลทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้[21]

ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน (neuroendocrine dysregulation)

จากการศึกษาของ Sadock BJ, Sadock VA[16, 17] พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 – 60 มีการหลั่งปริมาณของสารคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นมากเกินปกติ (hypersecretion of cortisol) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.3.2) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors)

จากการศึกษาของ Akiskal HS[22, 23] ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก ส่งผลให้เด็ก ๆ เหล่านั้นอาจเติบโตไปเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) ได้ในอนาคต ซึ่งการมีบุคลิกภาพที่ผิดปกตินี้เอง ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder)

ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors)

จากการศึกษาของ Aaron Beck[24] ซึ่งได้อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีมุมมองในแง่ลบต่อตนเอง ประสบการณ์ และสิ่งรอบตัวภายนอก รวมไปถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองว่าผู้อื่นคอยกลั่นแกล้งและเอารัดเอาเปรียบตน มองว่าอนาคตมีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และความล้มเหลว ส่งผลให้บุคคลนั้นป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล (distortion of cognition or thinking)

ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral factors)

จากการศึกษาของ Akiskal HS[25] พบว่า ผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำ ๆ จะมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้น การศึกษาของ WHO Collaborating Centre[26] ยังพบว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเองก่อให้อาการของภาวะซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การที่ผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำถึงเรื่องเดิม ๆ เป็นเวลานาน ๆ ทำให้บุคคลนั้นพลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพอใจหรือความเพลิดเพลิน ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นคงอยู่ต่อเนื่องไปอีกหรือมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม

ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านั้นคงอยู่ต่อไปด้วย ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (any life changes) รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่าง ๆ จากการศึกษาของ Kohn Y, et al.[27] พบว่า ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น นอกจากนั้น การศึกษาของ Hammen C[28] ยังพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย

**1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า[21]**

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายด้าน โดยสามารถแบ่งกลุ่มอาการเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1.4.1) กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood symptoms)

กลุ่มอาการทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอารมณ์เศร้า และการลดลงหรือหมดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และแม้ว่าอารมณ์เศร้าจะเป็นอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดที่สุดของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า แต่ก็ยังพบว่าอาจมีอาการทางอารมณ์อื่น ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล การมีอารมณ์หงุดหงิดหรืออารมณ์โกรธ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าหลายรายมีอาการวิตกกังวลเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจพบบ่อยถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเป็นความวิตกกังวลไปล่วงหน้า (worry or apprehension) หรืออาจจะเป็นอาการวิตกกังวลที่รุนแรงจนกลายเป็นอาการตื่นตระหนก (panic attacks) ก็ได้

1.4.2) กลุ่มอาการทางชีวภาพหรือกลุ่มอาการทางกาย (Vegetative symptoms or Somatic symptoms)

กลุ่มอาการทางชีวภาพหรือกลุ่มอาการทางกายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอาการอ่อนล้า หมดเรี่ยวแรงกำลัง นอนไม่หลับ โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติหรือการตื่นกลางดึกหลายครั้ง มีความอยากอาหารและน้ำหนักตัวลดลง แต่ในบางรายอาจพบว่า มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และนอนมากเกินผิดปกติ ซึ่งเรียกอาการดังกล่าวว่าอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical features) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายอาจมีปัญหาทางด้านสมรรถภาพทางเพศ เช่น มีความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง มีกิจกรรมทางเพศลดลง ในผู้ป่วยเพศหญิงอาจพบภาวะของประจำเดือนที่ผิดปกติร่วมด้วย เช่น ประจำเดือนขาด เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางด้านร่างกายที่เกิดร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย หรือท้องผูก และอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

1.4.3) กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms)

กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีจิตใจการเคลื่อนไหวที่ช้าลงจนเชื่องช้า ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว ผู้ป่วยอาจมีอาการนิ่งไม่พูด หรืออยู่นิ่งนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่ามีจิตใจการเคลื่อนไหวแบบหงุดหงิด (psychomotor agitation) ร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่าจิตใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลุกลี้ลุกลน

1.4.4) กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptoms)

กลุ่มอาการทางความคิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มีสมาธิ ซึ่งสามารถพบได้ถึงร้อยละ 84 การไม่สามารถคิดตัดสินใจ มีความรู้สึกผิด ความคิดโทษหรือตำหนิตัวเอง ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หรือสิ้นหวัง และความรู้สึกไร้ค่า จนอาจถึงขั้นมีความคิดอยากตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.4.5) กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพหรือกลุ่มอาการทางสังคม (Interpersonal symptoms or Social symptoms)

กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพหรือกลุ่มอาการทางสังคมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การไม่เข้าสังคม และการแยกตัวจากสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าหลายรายขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากมีปัญหาทางด้านความสัมพันธ์และมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง

กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ (functioning impairment) ซึ่งได้แก่ หน้าที่ทางด้านการเรียน การทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

**1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า[29, 30]**

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5™) ดังนี้

มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่า*

1) มีอารมณ์ซึมเศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้)**
2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ แทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก**
3) น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารมาก
4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป
5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง

6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง

7) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด

9) มีความคิดอยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตาย

**หมายเหตุ**

* ต้องมีอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการดังกล่าวอยู่เกือบตลอดเวลาแทบทุกวัน ไม่ใช่เป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นเพียงแค่วันสองวันหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่

** ต้องมีอาการในข้อ 1) หรือ 2) อย่างน้อย 1 ข้อ

**1.6 การรักษาภาวะซึมเศร้า[21]**

การรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันนั้น มีทั้งการรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และการทำจิตบำบัด (psychotherapy) โดยพบว่าการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การรักษาร่วมกัน (combination treatment) ทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด ซึ่งในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าลำดับแรกที่จะต้องปฏิบัติ คือ การตัดสินใจว่าจะให้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก โดยมีข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองหรือมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่นด้วย โดยการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.6.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา (psychopharmacotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT)

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า (Antidepressants) ได้แก่ ยาในกลุ่ม serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs), tricyclic antidepressants (TCAs), monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เป็นต้น การใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้าจะให้ผลในการรักษาประมาณ 3 – 4 สัปดาห์ โดยปัญหาที่พบบ่อย ๆ ของการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ยาในขนาดต่ำหรือให้ยาในระยะเวลาที่สั้นเกินไป โดยปกติแล้วการใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้า ควรให้ในขนาดที่เพียงพอสำหรับการรักษา และรอสังเกตผลการตอบสนองต่อการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 4 – 5 สัปดาห์ โดยทั่วไปแล้วประสิทธิภาพของยารักษาภาวะซึมเศร้าแต่ละชนิดจะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จะแตกต่างกันที่ผลข้างเคียงของยา (side effects) ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กลไกการออกฤทธิ์ปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน (drug-drug interactions) ความสะดวกในการปรับเพิ่มขนาดยา รวมถึงกลุ่มอาการที่อาจเกิดขึ้นจาก การหยุดยาทันที (discontinuation syndrome)

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพอีกรูปแบบหนึ่งสำหรับรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า โดยการ ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่ามีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการรักษาภาวะซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) ข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการรักษาด้วยไฟฟ้าได้แก่ การที่ผู้ป่วยภาวะ ซึมเศร้ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา รวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ดีในการป่วยที่ผ่านมา และผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดของภาวะซึมเศร้าที่ได้ผลดีกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการทางชีวภาพ (major depressive disorder with melancholic features) ซึ่งมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง หรือมีลักษณะอาการของโรคจิตร่วมด้วย (psychotic features) รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีลักษณะหรือรูปแบบของการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (catatonic features) เช่น นิ่งซึม (catatonic stupor) เป็นต้น โดยอาจจะให้การรักษาแก่ผู้ป่วย 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 6 – 12 ครั้ง

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง แต่ก็สามารถพบอาการที่ไม่พึง ประสงค์ได้อยู่บ่อย ๆ เช่น การที่ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม (amnesia) หรือมีปัญหาทางด้านความจำ (memory impairment) แต่อาการข้างเคียงดังกล่าวจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 6 เดือน การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายบางอย่างจะต้องกระทำอย่างระมัดระวัง ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะที่อาจทำให้เกิดการเพิ่มของความดันภายในกะโหลกศีรษะ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumors) ซึ่งเมื่อมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าอาจทำให้สมองบวมและเลื่อนไหลออกจากกะโหลกศีรษะได้ (brain herniation) นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าเช่นกัน ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์ก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อควบคุมความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะดังกล่าว

1.6.3 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) การทำพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และการทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) การรักษาด้วยวิธีดังการจัดเป็นการรักษาแบบจิตบำบัดระยะสั้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมและมีการศึกษากันอย่างแพร่หลายถึงประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างได้ผล

การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)

ผู้ที่คิดริเริ่มการรักษาทางจิตสังคมด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดเป็นคนแรก คือ Aaron T. Beck[31] จิตแพทย์ชาวอเมริกัน การบำบัดประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายโดยมุ่งเน้นไปที่การการแก้ไขความคิด กระบวนการคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผลที่ก่อให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดจะมีมุมมองความคิดทางบวก และมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้านั้นดีขึ้น

การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy)

การบำบัดทางพฤติกรรมหรือการทำพฤติกรรมบำบัดเป็นการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งสำหรับการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่มองว่าอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการขาดแรงเสริมทางบวกที่ควรได้รับจากความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด การบำบัดประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้านั้นยังคงอยู่ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหากิจกรรมที่มีความเพลิดเพลินและส่งเสริมความภาคภูมิใจให้แก่ตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมจะมีรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไร้ค่าในตัวเองลง และทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้านั้นดีขึ้น

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy)

การทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นได้เริ่มต้นและพัฒนาขึ้นโดย Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman โดยอาศัยทฤษฎีทางสัมพันธภาพ (Interpersonal Theory) ของ Adolf Meyer และ Harry Stack Sullivan ที่กล่าวไว้ว่าปัญหาทางสัมพันธภาพและปัญหาทางสังคม (interpersonal and social difficulties) ที่เกิดขึ้นล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะอาการของภาวะซึมเศร้า การบำบัดประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems) ด้านใดด้านหนึ่งจากทั้งหมด 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่

1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement)
2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes)
3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions)
4) ความบกพร่องทางสมรรถภาพ (interpersonal deficits)

เมื่อปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าวได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น

**ภาวะสมองเสื่อม**

**ความหมายของภาวะสมองเสื่อม**

ภาวะสมองเสื่อมมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองทางด้านความคิดหรือด้านการรับรู้อย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่ง โดยมีความสามารถลดลงจากเดิม สาเหตุเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยส่วนใหญ่เกิดจากโรคที่มีการเสื่อมของระบบประสาท เช่น Alzheimer's disease หรือเกิดจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสมอง เช่น ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง หรือได้รับยานอนหลับเป็นเวลานาน เป็นต้น

**2.1 ความหมาย**

มีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

WHO[32] ได้ให้ความหมายของ ภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่าง ๆ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ขณะที่มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ นอกจากนี้ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย

ศิริพันธุ์ สาสัตย์[33] กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (cognitive function) ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ (perceiving) ความจำ (memory) จินตนาการ (imagine) การคิด (thinking) การใช้เหตุผล (reasoning) และการตัดสินใจ (judgment) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้

กัมมันต์ พันธุมจินดา[34] และเฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์[35] กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด สติปัญญา ความจำบกพร่อง มีการตัดสินใจผิดพลาด หลงลืม และมีความคิดทางนามธรรมผิดปกติ กลุ่มอาการสมองเสื่อมจะประกอบด้วยการหลงลืมเหตุการณ์ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน หลงเวลา สถานที่ สับสนในเรื่องวัน เวลา บุคคล หลงขนาดและระยะทาง มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เช่น มีภาวะซึมเศร้า ก้าวร้าว ไม่สนใจร่างกายตนเอง และไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ เนื่องจากไม่สามารถบันทึกไว้ในความทรงจำหรือมีปัญหาด้านภาษา เพราะไม่เข้าใจความหมายของคำพูดหรือข้อเขียนต่าง ๆ พูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

สิรินทร ฉันศิริกาญจน[36] กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถสมองลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำที่บกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่นที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอารมณ์พฤติกรรม และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่าง ๆ เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด สติปัญญา ความจำบกพร่อง มีการตัดสินใจผิดพลาด หลงลืม และมีความคิดทางนามธรรมผิดปกติ อาจมีอาการหลงลืม เช่น หลงเหตุการณ์ สถานที่ สับสนในเรื่องวัน เวลา บุคคล หลงขนาดและระยะทาง ตลอดจนมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

**2.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม**

American Psychiatric Association[31] พบว่า สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) พบได้ประมาณร้อยละ 40 – 70 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และอื่น ๆ

โสภาภรรณ รัตนัย[37] กล่าวว่า สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดได้จากโรคหลายชนิด ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มกว้างๆ ดังนี้ คือ

1) กลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ศิริพันธุ์ สาสัตย์[33] ได้อธิบายว่า กลุ่มภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้มีอยู่ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด สาเหตุหลักของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มนี้ ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เช่น ischemic, cardioembolic stroke หรือ Infarct เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยรองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) พบประมาณร้อยละ 10 – 30

2) ภาวะผิดปกติจากกระบวนการเมแทบอลิซึมหรือจากต่อมไร้ท่อ (Metabolic disorder/endocrine) เช่น Hypothyroidism, DM, RF

3) การขาดวิตามินจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (nutritional disorders) เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และขาด folic acid

4) ภาวะสมองได้รับความกระทบกระเทือน (Head Trauma) เช่น จาก head injury, subdural haematoma

5) ภาวะช่องในสมองขยายใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง (hydrocephalus) หรือจากเนื้องอกในสมอง

6) โรคเอดส์ (HIV infection)

7) โรคติดเชื้อในสมอง (CNS infection) เช่น encephalitis, meningitis, syphilis และ HIV

8) สารพิษ (intoxication) เช่น พิษจากยา โรคพิษสุราเรื้อรัง สารเคมี หรือโลหะหนัก

9) ภาวะซึมเศร้า (depression)

Holden and Woods[38] ได้อธิบายว่า โดยแต่ละโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสภาพที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม ทุกประเภทของภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการผิดปกติที่สังเกตเห็นได้เด่นชัด คือ อาการหลงลืม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ที่ลดลง

2) กลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

Whalley and Spratt[39] ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่กลุ่มภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้ พบได้มากถึงประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด การรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้ต้องอาศัยการรักษาแบบประคับประคอง สาเหตุหลักของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มนี้ เนื่องมาจากการเกิดความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง (neurodegenerative disorders) ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้ จะพบว่ามีพยาธิสภาพรุนแรงมากขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่สูงขึ้น โดยแบ่งสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 2 ประเภท[31, 36] ดังต่อไปนี้

2.1) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) พบประมาณร้อยละ 40 – 70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด

2.2) โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s disease)

**2.3 อาการของภาวะสมองเสื่อม[33]**

นอกจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการหลงลืมแล้ว อาการอื่นที่พบได้บ่อย คือ อาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและทางด้านจิตใจ อาการที่พบ ได้แก่

1) หลงลืมง่าย

2) มีความผิดปกติเกี่ยวกับความสามารถของสมอง (cognitive function) เช่น ความจำ (memory) การรับรู้ (perceiving) การใช้เหตุผล (reasoning) การตัดสินใจ (judgment) จิตนาการ (imagining) และความคิด (thinking) ที่ลดลงมากกว่าเดิม

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ เช่น การแต่งกาย ความสะอาด

4) ปัญหาพฤติกรรม (behavioral and psychological symtoms of dementia : BPSD) ได้แก่

4.1) ด้านการรับรู้ (perceptual) เช่น delusions, hallucination, misidentifications เป็นต้น

4.2) ด้านอารมณ์ (affective) เช่น depression, anxiety, mania เป็นต้น

**2.4) เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม[40]**

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV-TR) ดังนี้

มีความบกพร่องของความสามารถของสมองหลายส่วนซึ่งจะต้องมีอาการความจำเสื่อมและมีอาการอย่างอื่นอีกอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่

1) พูดไม่ถูก (aphasia) เรียกไม่ได้ เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก

2) ทำไม่เป็น (apraxia) ทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ทั้งที่เคยทำมาก่อน ทั้งนี้ประสาทรับความรู้สึกรวมทั้งแขนขามีกำลังปกติ

3) ไม่รู้จัก (agnosia) ไม่รู้เรื่อง เช่น ไม่รู้จักคนในกระจก

4) มีความบกพร่องในเรื่องการบริหารจัดการ (disturbance in executive function) ได้แก่ ความคิดเป็นลำดับขั้นตอน เหตุผล การตัดสินใจ ความคิดเชิงนามธรรม เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะแต่งตัวอย่างไร ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากระดับเดิมที่เป็นปกติและจะต้องรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งในด้านหน้าที่การงาน และสังคม และจะต้องแยกจากภาวะสับสนฉับพลัน

**2.5) เกณฑ์การแบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อม[41]**

เกณฑ์ของภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**1) สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น** (early dementia) ภาวะสมองเสื่อมระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องของความจำและการเรียนรู้จนสามารถวินิจฉัยได้ ผู้ป่วยบางส่วนมีความบกพร่องทางการใช้ภาษา (agnosia) หรือมีความบกพร่องในการการประกอบกิจกรรม (apraxia) เด่นกว่าการสูญเสียความทรงจำ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีผลกระทบต่อความจำทั้งหมดเท่ากัน แต่ความทรงจำระยะยาวที่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย (episodic memory) ความจำทางด้านความรู้ทั่วไป (semantic memory) และความจำโดยปริยาย (implicit memory) ความทรงจำระยะยาวทั้งสามอย่างนี้จะได้รับผลกระทบน้อยกว่าความจำจากความรู้ใหม่ ปัญหาทางภาษาที่มีลักษณะเด่น คือ การรวบคำให้สั้นและพูดหรือใช้ศัพท์ไม่ฉะฉานหรือคล่องเหมือนเดิม ซึ่งทำให้พูดหรือเขียนภาษาได้น้อยลง ในระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะยังสามารถสื่อสารบอกความคิดพื้นฐานของตนได้ แต่เมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยละเอียด เช่น การเขียน การวาดภาพ หรือการแต่งตัว อาจพบความบกพร่องของการประสานการเคลื่อนไหวและการวางแผน ทำให้ผู้ป่วยดูเงอะงะหรือซุ่มซ่าม เมื่อโรคดำเนินต่อไปผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะยังสามารถทำกิจกรรมหลายอย่างได้ด้วยตัวเอง แต่อาจต้องพึ่งพาผู้ดูแลในกิจกรรมที่ต้องใช้กระบวนการคิดอย่างมาก

**2) สมองเสื่อมระยะปานกลาง** (Moderate dementia) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะนี้จะพบความเสื่อมของสมองจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง พบความบกพร่องทางด้านการพูดปรากฏขึ้นอย่างชัดเจนเนื่องจากไม่สามารถนึกหาคำศัพท์มาใช้ได้ ทำให้ใช้คำศัพท์ผิดหรือใช้คำอื่นมาแทน (paraphasia) เริ่มสูญเสียทักษะการอ่านและการเขียน เมื่อเวลาผ่านไปการประสานงานเพื่อการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนจะลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้ตามปกติ ในระยะนี้ปัญหาทางด้านความจำของผู้ป่วยจะเริ่มแย่ลง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำญาติสนิทของตนเองได้ เริ่มมีความบกพร่องของความทรงจำระยะยาว และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาการแสดงที่พบบ่อย คือ การหนีออกจากบ้าน เกิดความรู้สึกผิดปกติ สับสน หรือเห็นภาพหลอนในเวลาโพล้เพล้หรือเวลากลางคืน (sundowning) ผู้ป่วยมักมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย และอารมณ์แปรปรวน เช่น ร้องไห้ ก้าวร้าวอย่างไม่มีเหตุผล หรือไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมีอาการเชื่อว่ามีบุคคล สิ่งของ หรือสถานที่เปลี่ยนแปลงไป (Delusional misidentification syndrome) มักพบอาการหลงผิด และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร่วมด้วย ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลหรือญาติ ทำให้ต้องตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปยังสถานรับดูแลผู้ป่วยระยะยาวอื่น ๆ ต่อไป

**3) สมองเสื่อมระยะสุดท้าย** (Advanced dementia) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะนี้จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา ทักษะทางภาษาของผู้ป่วยเริ่มลดลงอย่างเห็นได้ชัด แม้เพียงแต่การพูดคำเดี่ยว ๆ หรือวลีง่าย ๆ ถึงแม้ผู้ป่วยจะยังมีลักษณะก้าวร้าวอยู่ แต่ลักษณะของอาการเฉยเมยและอ่อนเพลียจะเห็นได้ชัดกว่า ในที่สุดผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้ตามลำพัง การเคลื่อนไหวและมวลกล้ามเนื้อของร่างกายเริ่มลดลง จนทำให้ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งอยู่เฉย ๆ และไม่สามารถทานอาหารด้วยตนเองได้ สุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น แผลกดทับ หรือโรคปอดบวม แต่ไม่ได้เสียชีวิตจากโรคสมองเสื่อมโดยตรง

## ผู้ดูแล

### ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลตลอดระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สุขภาพของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือแย่ลงก็ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก จากการศึกษาของรัชฎา รักขนาม[42], และศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ[43] นั้นพบว่าผู้ดูแลเหล่านี้มักจะประสบกับภาวะความเครียดจากการดูแล อีกทั้งยังได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ จึงถือว่าผู้ดูแลเหล่านี้เป็นผู้ป่วยแฝง (hidden patient) ที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ไม่น้อยไปกว่าผู้ป่วยที่แท้จริง

#### 3.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

Ross & Mackenzie[44] ได้ให้นิยามว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม และอารมณ์โดยมีความผูกพันกันทางเครือญาติ

Carers UK[45] ได้ให้นิยามว่า ผู้ดูแล คือ ใครบางคนที่ให้การดูแลเครือญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ และไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม[46] ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ดูแล (caregivers) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง อันเนื่องจากการเจ็บป่วย ความพิการหรือการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเกิดความต้องการในการดูแลและการรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาของ สาธิดา แรกคำนวน[47] ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะเป็นผู้ที่รับบทบาทในการดูแล โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska and Diclimente[48] กล่าวถึงการที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้เป็นเป็นพฤติกรรมที่คงที่ต่อเนื่อง เมื่อได้รับรู้และเรียนรู้ในบทบาทนั้น ๆ เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลบุคคลหรือญาติที่เจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ความพิการ หรือการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญา โดยให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลในครอบครัวก็ได้

**3.2 ประเภทของผู้ดูแล[33]**

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลจากกลุ่มวิชาชีพ สถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กรที่เคยผ่านการอบรมมาก่อนและได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมไปถึงผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือทางด้านกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย โดยที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ซึ่งการดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่าเป็นความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 และไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน แต่พบว่าเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความกตัญญู ความสำนึกต่อบุญคุณหรือหน้าที่ ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักจะเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น

**3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล**

จากการศึกษาของ Department of Social Change and Mental Health, WHO[49] พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) คือ ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เช่น อารมณ์เศร้า ความโกรธ ความเครียด ความรู้สึกอับอายหรือรู้สึกผิด ตลอดจนความรู้สึกโดดเดี่ยว อันเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Gonzalez Salvador[50] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีภาวะความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) จากการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์[33] พบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นประจำในผู้ดูแล เช่น อาการปวดหลัง (backache) เนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และปัญหาของอาการปวดหลังนี้ยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิต (psychosomatic) ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเครียดจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) ส่วนใหญ่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพออันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะอ่อนเปลี้ยเพลียแรง และมีภูมิคุ้มกันต่ำจนอาจเกิดโรคแทรกซ้อนกับผู้ดูแลขึ้นได้ และสุดท้ายอาจทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) โดยในรายของผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว อาจจะมีความเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วนั้นกำเริบมากขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Yeatman et al.[51] พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio-economic problem) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงานของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นการทำงานบางเวลาแทน หรือในบางรายอาจจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อที่จะออกมาดูแลผู้ป่วยได้เต็มเวลา และในขณะเดียวกันก็อาจจะทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ที่ลดลง (lower income) ทำให้ผู้ดูแลนั้นเสียรายได้และในบางรายก็อาจมีหนี้สินเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย และสุดท้ายอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว (family conflict) จากการมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและการไม่มีเวลาให้สมาชิกในครอบครัวเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ Marcia et al.[52] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**3.4 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล**

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นยังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก แรงจูงใจ และประสบการณ์ทางกายภาพ โดยพบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่อผู้ดูแล คือ ความคิดด้านลบ ได้แก่ การมีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ตัวอย่างเช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และสูญเสียความหวังในอนาคต โดยผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสำคัญ คือ ผู้ดูแลมักจะเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในการดำเนินชีวิต[53] ต่อมาได้มีการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล อันเนื่องมากจากการที่ผู้ดูแลบางรายต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง รวมไปถึงการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอีกด้วย[54] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lawton และคณะ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วย[55]

**3.5 ปัจจัยมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล[56]**

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล มีดังนี้

1) อายุ ภาวะซึมเศร้าพบมากขึ้นตามอายุ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมากทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ การเผชิญกับปัญหา และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลมีอายุเพิ่มขึ้น ย่อมทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเสื่อมถอยลง ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทของผู้ดูแลได้นาน

2) เพศ การเกิดภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและเพศชาย เนื่องมาจากการมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน การรับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวง่ายกว่า ส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนและจุนเจือครอบครัว หากต้องรับบทบาทผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า

3) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคนใดคนหนึ่ง โดยความสัมพันธ์จะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ถ้าผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะให้การดูแลเพราะมีความรักความผูกพัน แต่หากผู้ดูแลกับผู้ป่วยมี

สัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันแล้ว การดูแลนั้นจะเป็นการดูแลที่จำเป็นต้องกระทำด้วยเหตุว่า ผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามหน้าที่หรือเพราะความจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้มากกว่า

4) รายได้ รายได้มีผลในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ทำให้เกิดความสุขในชีวิต รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อการรับรู้ ครอบครัวที่มีรายได้มากจะมีการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อย ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีรายได้น้อยย่อมต้องมีการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักและรับภาระในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุน ก็จะทำให้มีการแบ่งความรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนต่อผู้ดูแล ในทางตรงกันข้ามถ้าสมาชิกของครอบครัวมีน้อย ก็ย่อมทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลจนกระทั่งอาจเกิดภาวะซึมเศร้ากับผู้ดูแลตามมาได้

6) การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

### 3.6 การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า

บุคลากรในสหวิชาชีพทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความปลอดภัยมากที่สุด โดยการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นจะมุ่งเน้นไปที่การสร้างสัมพันธภาพ การปลูกฝังความห่วงใย ความใส่ใจ และความผูกพันให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติจริงจากบุคลากรในสหวิชาชีพทางการแพทย์[57] ดังนั้น ความรู้ทางจิตเวชจึงนับว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อันจะทำให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาดังนี้

จากการศึกษาวิจัยของ Liu J และคณะ[58] ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ของป่วยภาวะสมองเสื่อม 90 คน และผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นภาวะสมองเสื่อมและโรคเรื้อรังอื่น ๆ 90 คน จากค่ายทหาร จำนวน 24 ค่ายในกรุงปักกิ่ง ทำการประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือวัด Clinical Dementia Rating (CDR) Scale, Caregiver Burden Inventory (CBI), Self-Rating Depression Scale (SDS) and Self-Rating Anxiety Scale (SAS) พบว่าคะแนนของความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นภาวะสมองเสื่อม และพบความสัมพันธ์กันระหว่างคะแนนของ CDR และ CBI เช่นเดียวกันกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเวลาที่ใช้ในการดูแลในแต่ละวันกับคะแนนของ CBI

จากการศึกษาวิจัยของ Qing Lou และคณะ[59] ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 310 คน พร้อมผู้ดูแลหลัก ทำการประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Zarit Burden Interview (ZBI), Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7), และ the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับอาการทางจิตเวชและระบบประสาท (Neuropsychiatric symptoms)

จากการศึกษาวิจัยของ วรวุฒิ ร่มไทร[5] ได้ทำการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 84 คน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (HAM-D) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 90.5 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลร้อยละ 23.8 และพบว่ามี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง คะแนนความซึมเศร้าจากแบบสอบถาม HAM-D และการมีภาวะโรคร่วมทางกายของผู้ดูแล

จากการศึกษาวิจัยของ P. Cuijpers PhD[60] ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 790 คน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยทำการศึกษาอย่างเป็นระบบจำนวน 10 การศึกษา แต่ละกลุ่มการศึกษามีประชากรระหว่าง 22-147 คน พบว่า มีผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 179 คน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 22.3 โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเพศชายมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง

จากการศึกษาวิจัยของ Ballard และคณะ[61] ได้ทำการติดตามศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 85 คนในช่วงเวลา 1 ปี พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 26 คน มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อทำการศึกษาต่อไป พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 18 จาก 26 คน หายจากภาวะซึมเศร้าภายในระยะเวลา 1 ปี ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่เหลืออีก 8 คน ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ โดยร้อยละ 54 ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 1 เดือน ขณะที่อีกร้อยละ 39 มีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 6 เดือน และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เริ่มแรกไม่มีภาวะซึมเศร้าแล้วพบภาวะซึมเศร้าภายหลังติดตามเป็นเวลา 1 ปี มีจำนวนร้อยละ 48

จากการศึกษาวิจัยของธิติพันธ์ ธานีรัตน์[62] ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 230 คน เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน ร้อยละ 15.7 และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมีจำนวน ร้อยละ 28.3 โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การที่ผู้ดูแลเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การที่ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดโดยใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย และการที่ผู้ดูแลมีความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Basheer และคณะ[63] ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนมกราคม – เมษายน 2004 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักจำนวน 50 คน แบ่งเป็นชาย 25 คน และหญิง 25 คน โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale ในการประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับสูง

จากการศึกษาของ Song และคณะ[54] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลก็ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอีกด้วย โดยพบว่าหากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงขึ้น และจากการศึกษายังพบอีกว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตแล้ว ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยขึ้นตามมาได้

จากการศึกษาของ Printz-Feddersen, V.[64] ได้ทำการศึกษาการใช้ขบวนการกลุ่มในการลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ดูแลจำนวน 38 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 71 และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก ร้อยละ 69 ส่วน

การศึกษาทางด้านภาวะอารมณ์พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 ของผู้ดูแลทั้งหมดเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาและการมีรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอีกด้วย

จากการศึกษาของ เชิดชาย ชยวัฑโฒ[65] ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางสะพาน ตั้งแต่ช่วงเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2558 จำนวน 41 คน พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแล ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

## รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

## ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

**ประชากร (Population)** ได้แก่ ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** ได้แก่ ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 – มีนาคม 2560

**ประชากรตัวอย่าง (Sample population)** ได้แก่ ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา

**กลุ่มตัวอย่าง (Samples)** ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 – มีนาคม 2560 ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประชากรตัวอย่าง จำนวนตามการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

## วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling method)

### กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination)

คำนวณจากสูตร $n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2\, pq}{(d)^2}$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

p = ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 24 % หรือ = 0.24[5]

q = 1 – p = 1 – 0.24 = 0.76

d = Acceptable Error = 0.1

$\propto$ = ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล 95 % = 0.05

ดังนั้น ค่า $Z_{0.05/2}$ จึงมีค่าเท่ากับ 1.96 (Two - Tail)

แทนค่า $n = \frac{(1.96)^2\ (0.24)\ (0.76)}{(0.1)^2}$ = 70.07 หรือประมาณ 70 คน

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ คือ 70 คน

และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10 %

เพราะฉะนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงเท่ากับ 70 + (70 × 0.1) = 77 คน

**วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)**

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) ซึ่งในที่นี่กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยมารักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 – มีนาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก **ดังนี้**

**เกณฑ์รับเข้าการศึกษา ( Inclusion Criteria )**

1. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกจิตเวชศาสตร์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนในลักษณะของเงินเดือน

3. ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน

4. อายุ 20 ปีขึ้นไป

5. ยินดีจะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

**เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)**

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีการฟัง พูด อ่านได้ตามปกติ

**การสังเกตและการวัด (Observational Measurement)**

**ตัวแปรในการวิจัย**

**1. ตัวแปรอิสระ**

1.1 ปัจจัยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, งานประจำ, การมีรายได้, ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย, ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน, ปัญหาทางด้านสุขภาพ, การมีผู้ดูแลร่วม, ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย และคุณภาพการนอนหลับ

1.2 ปัจจัยของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และความรุนแรงของโรค

**2. ตัวแปรตาม**

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (Research Instrument)**

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, งานประจำ, การมีรายได้, ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย, ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน, ปัญหาทางด้านสุขภาพ และการมีผู้ดูแลร่วม

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และคะแนน TMSE ที่ได้รับการประเมินครั้งล่าสุด โดยบันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย ซึ่งค่าคะแนน TMSE ที่บันทึกได้ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) จะนำไปแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้[66]

| คะแนน | ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม |
|---|---|
| 0 – 10 | Severe |
| 11 – 18 | Moderate |
| 19 – 23 | Mild |

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย**

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ ได้แก่ อารมณ์เศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความล้มเหลว ความรู้สึกเซ็งหมดสนุก ความรู้สึกผิด ความรู้สึกว่าถูกลงโทษ ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดฆ่าตัวตาย การร้องไห้ ความรู้สึกกระสับกระส่าย ความสนใจในสิ่งรอบ ๆ ตัว ความลังเลใจ ความรู้สึกไร้ค่า การเสียกำลังใจ การนอนหลับ ความรู้สึกหงุดหงิด ความอยากอาหาร สมาธิไม่ดี ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย และความสนใจเรื่องเพศ แบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยระดับคะแนนในแต่ละข้อจะเป็น 0, 1, 2, และ 3 เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน = 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน = 3) แปลผลโดยรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน

โดยสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าได้ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

| คะแนน | ความหมาย |
|---|---|
| 0 – 13 | ไม่มีภาวะซึมเศร้า |
| 14 – 19 | มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย |
| 20 – 28 | มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง |
| 29 – 63 | มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง |

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) มีค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับแบบสอบถาม The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.71 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.91 ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่เกณฑ์ที่ดี[67]

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย**

แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นางอรวรรณ แผนคง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์และอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับข้อความบางส่วนให้เหมาะสม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 0 คะแนน, นาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน, เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน, ค่อนข้างบ่อย = 3 คะแนน, เกือบจะเป็นประจำ = 4 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 88 คะแนน

โดยสามารถแบ่งระดับภาระการดูแลได้ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

| **คะแนน** | **ความหมาย** |
|---|---|
| 0 - 20 | ไม่มีภาระการดูแล |
| 21 - 40 | มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง |
| 41 - 60 | มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง |
| 61 - 88 | มีภาระการดูแลรุนแรง |

แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ได้เท่ากับ 0.71 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่เกณฑ์ที่ดี โดยในปัจจุบันลิขสิทธิ์แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) เป็นของ Mapi Research Institute[68-70]

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย**

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ และ 7 องค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดเกณฑ์การประเมินของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 5 โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีการแปลผลคะแนนขององค์ประกอบที่ 1 ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ดีมาก | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| ดี | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| ไม่ค่อยดี | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| ไม่ดีเลย | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 2 และข้อที่ 9.1 โดยการประเมินตนเองถึงระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ 1 เดือนที่ผ่านมาจากข้อที่ 2 มีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| น้อยกว่า 15 นาที | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| 16 – 30 นาที | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 31 – 60 นาที | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| มากกว่า 60 นาที | หมายถึง | 3 | คะแนน |

และปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาทีจากข้อที่ 9.1 มีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| มีปัญหา 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | หมายถึง | 3 | คะแนน |

แล้วจึงนำค่าคะแนนจากข้อที่ 2 และข้อที่ 9.1 มาบวกกันเพื่อเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2 ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| 1 - 2 | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 3 - 4 | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 5 - 6 | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 4 โดยการประเมินตนเองถึงระยะเวลาของการนอนหลับ 1 เดือนที่ผ่านมา มีการแปลผลคะแนนขององค์ประกอบที่ 3 ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| 6 – 7 ชั่วโมง | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 5 - 6 ชั่วโมง | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 1, 3 และ 4 โดยคำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการหลับจริงจากคำถามข้อที่ 4 หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียงซึ่งคำนวณจากเวลาตื่นนอนจากคำถามในข้อที่ 3 ลบด้วยเวลาเข้านอนจากคำถามในข้อที่ 1 มีการแปลผลคะแนนขององค์ประกอบที่ 4 ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| มากกว่า ร้อยละ 85 | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| ร้อยละ 75 - 84 | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| ร้อยละ 65 - 74 | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่าร้อยละ 65 | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 9.2 ถึงข้อที่ 9.10 โดยการประเมินตนเองถึงการรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีการแปลผลคะแนนในข้อที่ 9.2 ถึงข้อที่ 9.10 ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 3 | คะแนน |

แล้วจึงนำค่าคะแนนจากข้อที่ 9.2 ถึงข้อที่ 9.10 มาบวกกันเพื่อเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5 ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| 1 - 9 | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 10 - 18 | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 19 - 27 | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 6 โดยการประเมินตนเองถึงการใช้ยานอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีการแปลผลคะแนนขององค์ประกอบที่ 6 ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่เคยใช้ | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 3 | คะแนน |

**องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกินกรรมในเวลากลางวัน** ซึ่งใช้คำถามจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในข้อที่ 7 และ 8 โดยการประเมินตนเองถึงผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีการแปลผลจากคำถามในข้อที่ 7 การมีอาการง่วงนอนหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่เคยมีอาการ | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/สัปดาห์ | หมายถึง | 3 | คะแนน |

และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากคำถามข้อที่ 8 มีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| มีปัญหาเล็กน้อย | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| มีปัญหาพอควร | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| เป็นปัญหามาก | หมายถึง | 3 | คะแนน |

แล้วจึงนำค่าคะแนนจากข้อคำถามข้อที่ 8 และข้อที่ 9 มาบวกกันเพื่อเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7 ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | หมายถึง | 0 | คะแนน |
| 1 - 2 | หมายถึง | 1 | คะแนน |
| 3 - 4 | หมายถึง | 2 | คะแนน |
| 5 - 6 | หมายถึง | 3 | คะแนน |

หลังจากนั้น แปลผลแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยการรวมคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ ตั้งแต่องค์ประกอบที่ 1 - 7 ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 21 คะแนน

โดยสามารถแบ่งระดับของคุณภาพการนอนหลับได้เป็น 2 ระดับ ดังนี้

| **คะแนน** | **ความหมาย** |
|---|---|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 | มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี |
| มากกว่า 5 | มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี |

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า Sensitivity เท่ากับ 89.6% ค่า Specificity เท่ากับ 86.5% และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่เกณฑ์ที่ดี

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ และ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย, ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ, ระยะเวลาของการนอนหลับ, ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย, การรบกวนการนอนหลับ, การใช้ยานอนหลับ, และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน แปลผลโดยรวมคะแนนจากทั้ง 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 21 คะแนน

โดยสามารถแบ่งระดับของคุณภาพการนอนหลับได้ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

| **คะแนน** | **ความหมาย** |
|---|---|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 | มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี |
| มากกว่า 5 | มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี |

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า Sensitivity เท่ากับ 89.6% ค่า Specificity เท่ากับ 86.5% และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่เกณฑ์ที่ดี[71]

**การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าแผนกจิตเวชศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เข้าพบเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และขอความร่วมมือ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

4.2 เมื่อผู้ดูแลยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้

4.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากเวชระเบียน ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และความรุนแรงของโรค

4.4 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II), แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview), และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที ขึ้นกับผู้เข้าร่วมงานวิจัย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)**

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) Independent sample t-test และ Pearson's correlations โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

# บทที่ 4
# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ผลการวิจัย แบ่งนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย

1.1.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, งานประจำ, การมีรายได้, ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย, ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน, ปัญหาทางด้านสุขภาพ และการมีผู้ดูแลร่วม

1.1.2 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

1.1.3 คุณภาพการนอนหลับ

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.2.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และความรุนแรงของโรค

**ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

**ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย**

1.1.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, งานประจำ, การมีรายได้, ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย, ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน, ปัญหาทางด้านสุขภาพ และการมีผู้ดูแลร่วม

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 14 | 17.1 |
| หญิง | 68 | 82.9 |
| **อายุ (ปี)** | | |
| 31 - 40 | 11 | 13.6 |
| 41 – 50 | 24 | 29.6 |
| 51 – 60 | 22 | 27.2 |
| มากกว่า 60 ปี | 24 | 29.6 |
| (Mean = 54.15, SD = 12.74 , Min = 31, Max = 90) | | |
| **ระดับการศึกษาสูงสุด** | | |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 4 | 4.9 |
| มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า | 8 | 9.8 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช. , หรือเทียบเท่า | 10 | 12.2 |
| ปริญญาตรี, ปวส. , หรือเทียบเท่า | 42 | 51.2 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 18 | 22.0 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 42 | 51.2 |
| สมรส | 30 | 36.6 |
| หม้าย | 6 | 7.3 |
| หย่าร้าง | 4 | 4.9 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**ตารางที่ 1** (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **งานประจำ** | | |
| มีงานประจำ | 34 | 41.5 |
| ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก | 48 | 58.5 |
| **การมีรายได้** | | |
| ไม่มีรายได้ | 18 | 22.0 |
| มีรายได้ | 64 | 78.0 |
| **ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย** | | |
| ไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย | 47 | 58.0 |
| มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย | 34 | 42.0 |
| **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** | | |
| คู่สมรส | 12 | 14.6 |
| ลูก | 49 | 59.8 |
| พี่ / น้อง | 6 | 7.3 |
| เขย / สะใภ้ | 4 | 4.9 |
| ป้า | 2 | 2.4 |
| หลาน | 5 | 6.1 |
| ลูกจ้าง | 3 | 3.7 |
| เพื่อนสนิท | 1 | 1.2 |
| **ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย** | | |
| ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น | 51 | 62.2 |
| มีภาระในการดูแลผู้อื่น | 31 | 37.8 |
| **ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)** | | |
| 6 - 12 | 35 | 55.6 |
| 12 - 18 | 25 | 39.7 |
| 18 - 24 | 3 | 4.8 |
| (Mean = 12.30, SD = 4.50 , Min = 6, Max = 20) | | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)** | | |
| 0 – 5 | 50 | 61.7 |
| 6 – 10 | 21 | 25.9 |
| 11 – 15 | 4 | 4.9 |
| 16 – 20 | 5 | 6.2 |
| 21 – 25 | 1 | 1.2 |
| (Mean = 6.12, SD = 5.11 , Min = 0.25, Max = 23.00) | | |
| **ปัญหาทางด้านสุขภาพ** | | |
| ไม่มี | 53 | 64.6 |
| มี | 29 | 35.4 |
| **ผู้ดูแลร่วม** | | |
| ไม่มี | 28 | 34.1 |
| มี | 54 | 65.9 |

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่ามีผู้ดูแล จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.9) มีอายุเฉลี่ย 54.15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.74 ปี) กลุ่มอายุที่มากที่สุดมีเท่ากัน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 41-50 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 29.6) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี, ปวส. , หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 51.2) และมีสถานภาพสมรส เป็นโสดมากที่สุด (ร้อยละ 51.2) ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (ร้อยละ 58.5) มีรายได้ (ร้อยละ 78.0) และไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 58.0) โดยพบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น ลูกมากที่สุด (ร้อยละ 59.8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย (ร้อยละ 62.2) มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันอยู่ในช่วง 6 – 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 55.6) และมีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันเฉลี่ย 12.30 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.50 ชั่วโมง) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 0 – 5 ปี (ร้อยละ 61.7) และมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 6.12 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.11 ปี) โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 64.6) และมีผู้ดูแลอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 65.9) ตามลำดับ

1.1.2 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย

| ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | จำนวน (คน) N = 82 | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล** (0 - 20 คะแนน) | 48 | 58.5 |
| **มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล** | | |
| มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลเล็กน้อยถึงปานกลาง (21 - 40 คะแนน) | 23 | 28.0 |
| มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลปานกลางถึงรุนแรง (41 - 60 คะแนน) | 11 | 13.4 |
| (Mean = 22.46, SD = 13.96 , Min = 1, Max = 56) | | |

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 58.5) ส่วนผู้ดูแลที่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล มีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 41.4) แบ่งระดับของความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 28.0) และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.4) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 22.46 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.96 คะแนน) จากคะแนนของแบบสอบถามตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน

สามารถแบ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Rankin, Haut, Keefover และ Frazen ได้เป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

**ตารางที่ 3** แสดงองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Rankin, Haut, Keefover และ Frazen

| องค์ประกอบ | คะแนนรวม จำนวน (คน) N = 82 | | เมื่อเทียบคะแนนเป็น 100 คะแนน จำนวน (คน) N = 82 | |
|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD |
| 1. Burden in the relationship (เต็ม 24 คะแนน) | 8.16 | 5.02 | 33.99 | 20.92 |
| 2. Emotional wellbeing (เต็ม 28 คะแนน) | 7.80 | 5.22 | 27.87 | 18.63 |
| 3. Social and family life (เต็ม 16 คะแนน) | 3.32 | 3.06 | 20.73 | 19.14 |
| 4. Finances (เต็ม 4 คะแนน) | 0.67 | 1.10 | 16.76 | 27.51 |
| 5. Loss of control over one's life (เต็ม 16 คะแนน) | 2.51 | 2.36 | 15.70 | 14.77 |

จากตารางที่ 3 สามารถแบ่งองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Rankin, Haut, Keefover และ Frazen ได้เป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้าน Burden in the relationship มีคะแนนเฉลี่ย 8.16 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.02 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน, ด้าน Emotional wellbeing มีคะแนนเฉลี่ย 7.80 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.22 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน, ด้าน Social and family life มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.06 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน, ด้าน Finances มีคะแนนเฉลี่ย 0.67 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และด้าน Loss of control over one's life มีคะแนนเฉลี่ย 2.51 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทุกด้านให้มีสัดส่วนเท่ากันที่ 100 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาองค์ประกอบด้าน Burden in the relationship มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 33.99 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.92 คะแนน) รองลงมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Emotional wellbeing มีคะแนนเฉลี่ย 27.87 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.63 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีลำดับถัดมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Social and family life, Finances และ Loss of control over one's life เรียงตามลำดับ

สามารถแบ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Whitlatch, Zarit และ von Eye ได้เป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

**ตารางที่ 4** แสดงองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Whitlatch, Zarit และ von Eye

| องค์ประกอบ | คะแนนรวม จำนวน (คน) N = 82 | | เมื่อเทียบคะแนนเป็น 100 คะแนน จำนวน (คน) N = 82 | |
|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD |
| 1. Personal strain (เต็ม 48 คะแนน) | 13.96 | 7.90 | 29.09 | 22.31 |
| 2. Role strain (เต็ม 24 คะแนน) | 5.35 | 4.84 | 16.46 | 20.16 |

จากตารางที่ 4 สามารถแบ่งองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์ของ Whitlatch, Zarit และ von Eye ได้เป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้าน Personal strain มีคะแนนเฉลี่ย 13.96 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.90 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน และองค์ประกอบด้าน Role strain มีคะแนนเฉลี่ย 5.35 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.84 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทุกด้านให้มีสัดส่วนเท่ากันที่ 100 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาองค์ประกอบด้าน Personal strain มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 29.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.31 คะแนน) และลำดับถัดมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Role strain มีคะแนนเฉลี่ย 16.46 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.16 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

1.1.3 คุณภาพการนอนหลับ

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย

| คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | จำนวน (คน) N = 82 | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี** (0 - 5 คะแนน) | 50 | 61.0 |
| **มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี** (6 - 21 คะแนน) | 32 | 39.0 |
| (Mean = 5.82, SD = 3.39 , Min = 0, Max = 17) | | |

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ร้อยละ 61.0) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 39.0) มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.82 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.39 คะแนน) จากคะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบจากแบบสอบถาม ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน

**1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

1.2.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และความรุนแรงของโรค

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 20 | 24.4 |
| หญิง | 62 | 75.6 |
| **อายุ (ปี)** | | |
| 51 – 60 | 2 | 2.4 |
| 61 – 70 | 10 | 12.2 |
| 71 – 80 | 41 | 50.0 |
| 81 – 90 | 24 | 29.3 |
| 91 – 100 | 5 | 6.1 |
| (Mean = 78.46, SD = 7.71 , Min = 59, Max = 98) | | |
| **ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน (ปี)** | | |
| 0 – 5 | 50 | 61.7 |
| 6 – 10 | 22 | 27.2 |
| 11 – 15 | 5 | 6.2 |
| 16 – 20 | 3 | 3.7 |
| 21 – 25 | 1 | 1.2 |
| (Mean = 5.90, SD = 4.48 , Min = 0.25, Max = 23.00) | | |
| **ระดับความรุนแรงของโรค** | | |
| Mild | 43 | 52.4 |
| Moderate | 17 | 20.7 |
| Severe | 11 | 13.4 |

จากตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.6) มีอายุเฉลี่ย 78.46 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.71 ปี) กลุ่มอายุที่มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 71 – 80 ปี (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 0 – 5 ปี (ร้อยละ 61.7) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 5.90 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.48 ปี) และผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับ Mild (ร้อยละ 52.4) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย

| ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | จำนวน (คน) N = 82 | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ไม่มีภาวะซึมเศร้า** (0 - 13 คะแนน) | 69 | 84.1 |
| **มีภาวะซึมเศร้า** | | |
| มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (14 - 19 คะแนน) | 9 | 11.0 |
| มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (20 - 28 คะแนน) | 3 | 3.7 |
| มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (29 – 63 คะแนน) | 1 | 1.2 |
| (Mean = 12.30, SD = 4.50 , Min = 0, Max = 29) | | |

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 84.1) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 15.9) โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 11) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.7) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถามเท่ากับ 12.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.50 คะแนน) จากคะแนนของแบบสอบถามตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

**3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

**ตารางที่ 8** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | | มีภาวะซึมเศร้า | | Odds Ratio | 95 % Confidence Interval | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | | Lower | Upper | |
| **เพศ** | | | | | | | | |
| ชาย | 13 | 15.9 | 1 | 1.2 | 2.786 | 0.332 | 23.380 | 0.450[a] |
| หญิง | 56 | 68.3 | 12 | 14.6 | | | | |
| **อายุ (ปี)** | | | | | | | | |
| ≤ 60 | 47 | 58.0 | 10 | 12.3 | 0.671 | 0.167 | 2.693 | 0.745[a] |
| > 60 | 21 | 25.9 | 3 | 3.7 | | | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 13 | 15.9 | 9 | 11.0 | 0.103 | 0.027 | 0.388 | < 0.001** |
| เทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 56 | 68.3 | 4 | 4.9 | | | | |
| **สถานภาพสมรส** | | | | | | | | |
| สมรส | 26 | 31.7 | 4 | 4.9 | 1.360 | 0.380 | 4.866 | 0.760[a] |
| โสด/แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง | 43 | 52.4 | 9 | 11.0 | | | | |
| **งานประจำ** | | | | | | | | |
| มีงานประจำ | 30 | 36.6 | 4 | 4.9 | 1.731 | 0.486 | 6.165 | 0.394 |
| ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก | 39 | 47.6 | 9 | 11.0 | | | | |
| **การมีรายได้** | | | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 12 | 14.6 | 6 | 7.3 | 0.246 | 0.070 | 0.862 | 0.032* |
| มีรายได้ | 57 | 69.5 | 7 | 8.5 | | | | |
| **ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย** | | | | | | | | |
| ไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย | 45 | 55.6 | 2 | 2.5 | 10.761 | 2.198 | 52.673 | < 0.001** |
| มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย | 23 | 28.4 | 11 | 13.6 | | | | |
| **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** | | | | | | | | |
| ญาติ | 66 | 80.5 | 12 | 14.6 | 1.833 | 0.176 | 19.133 | 0.506 |
| ไม่ใช่ญาติ | 3 | 3.7 | 1 | 1.2 | | | | |
| **ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย** | | | | | | | | |
| ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น | 45 | 54.9 | 6 | 7.3 | 2.188 | 0.660 | 7.246 | 0.223[a] |
| มีภาระในการดูแลผู้อื่น | 24 | 29.3 | 7 | 8.5 | | | | |
| **ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)** | | | | | | | | |
| ≤ 12 | 30 | 47.6 | 5 | 7.9 | 2.400 | 0.686 | 8.397 | 0.164 |
| > 12 | 20 | 31.7 | 8 | 12.7 | | | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01, a = Fisher's Exact Test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**ตารางที่ 8** (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | | มีภาวะซึมเศร้า | | Odds Ratio | 95 % Confidence Interval | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | | Lower | Upper | |
| **ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)** | | | | | | | | |
| ≤ 5 | 44 | 54.3 | 6 | 7.4 | 2.139 | 0.645 | 7.091 | 0.228[a] |
| > 5 | 24 | 29.6 | 7 | 8.6 | | | | |
| **ปัญหาทางด้านสุขภาพ** | | | | | | | | |
| ไม่มี | 50 | 61.0 | 3 | 3.7 | 8.772 | 2.176 | 35.364 | 0.001[a**] |
| มี | 19 | 23.2 | 10 | 12.2 | | | | |
| **ผู้ดูแลร่วม** | | | | | | | | |
| ไม่มี | 22 | 26.8 | 6 | 7.3 | 0.546 | 0.164 | 1.817 | 0.351[a] |
| มี | 47 | 57.3 | 7 | 8.5 | | | | |
| **ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | | | |
| ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ (0 – 20 คะแนน) | 46 | 56.1 | 2 | 2.4 | 11.000 | 2.249 | 53.812 | < 0.001** |
| มีความรู้สึกเป็นภาระ (21 – 88 คะแนน) | 23 | 28.0 | 11 | 13.4 | | | | |
| **คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล** | | | | | | | | |
| มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (0 - 5 คะแนน) | 49 | 59.8 | 1 | 1.2 | 29.400 | 3.581 | 241.348 | < 0.001** |
| มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6 - 21 คะแนน) | 20 | 24.4 | 12 | 14.6 | | | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับการศึกษา (p < 0.001) ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย (p < 0.001) ปัญหาทางด้านสุขภาพ (p < 0.001) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (p < 0.001) คุณภาพการนอนหลับ (p < 0.001) และการมีรายได้ของผู้ดูแล (p < 0.05)

**3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

**ตารางที่ 9** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | | มีภาวะซึมเศร้า | | Odds Ratio | 95 % Confidence Interval | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | | Lower | Upper | |
| **เพศ** | | | | | | | | |
| ชาย | 14 | 17.1 | 6 | 7.3 | 0.297 | 0.086 | 1.024 | 0.074[a] |
| หญิง | 55 | 67.1 | 7 | 8.5 | | | | |
| **อายุ (ปี)** | | | | | | | | |
| ≤ 80 | 43 | 52.4 | 10 | 12.2 | 0.496 | 0.125 | 1.970 | 0.364 |
| > 80 | 26 | 31.7 | 3 | 3.7 | | | | |
| **ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน (ปี)** | | | | | | | | |
| ≤ 5 | 45 | 55.6 | 5 | 6.2 | 3.130 | 0.920 | 10.658 | 0.070[a] |
| > 5 | 23 | 28.4 | 8 | 9.9 | | | | |
| **ระดับความรุนแรงของโรค** | | | | | | | | |
| Mild | 37 | 52.1 | 6 | 8.5 | 1.028 | 0.262 | 4.026 | 1.000[a] |
| Moderate to Severe | 24 | 33.8 | 4 | 5.6 | | | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01, a = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ปัจจัย คือ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย พบว่าไม่มีปัจจัยใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (p < 0.05)

# บทที่ 5
# สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการเก็บตัวอย่าง (sample collection) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 – มีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 82 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**สรุปผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

1.1.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป

พบว่ามีผู้ดูแล จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.9) มีอายุเฉลี่ย 54.15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.74 ปี) กลุ่มอายุที่มากที่สุดมีเท่ากัน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 41-50 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 29.6) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี, ปวส., หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 51.2) และมีสถานภาพสมรส เป็นโสด มากที่สุด (ร้อยละ 51.2) ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (ร้อยละ 58.5) มีรายได้ (ร้อยละ 78.0) และไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 58.0) โดยพบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น ลูก มากที่สุด (ร้อยละ 59.8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย (ร้อยละ 62.2) มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันอยู่ในช่วง 6 – 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 55.6) และมีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันเฉลี่ย 12.30 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.50 ชั่วโมง) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 0 – 5 ปี (ร้อยละ 61.7) และมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 6.12 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.11 ปี) โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 64.6) และมีผู้ดูแลอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 65.9) ตามลำดับ

1.1.2 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 58.5) ส่วนผู้ดูแลที่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล มีจำนวน 34 คน แบ่งระดับของความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 28.0) และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.4) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 22.46 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.96 คะแนน) จากคะแนนของแบบสอบถามตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 5 องค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์ของ Rankin, Haut, Keefover และ Frazen ได้แก่ องค์ประกอบด้าน Burden in the relationship, Emotional wellbeing, Social and family, Finances และด้าน Loss of control over one's life โดยเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทุกด้านให้มีสัดส่วนเท่ากันที่ 100 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาองค์ประกอบด้าน Burden in the relationship มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 33.99 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.92 คะแนน) รองลงมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Emotional wellbeing มีคะแนนเฉลี่ย 27.87 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.63 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีลำดับถัดมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Social

and family life, Finances และ Loss of control over one's life เรียงตามลำดับ และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ยังสามารถแบ่งได้เป็นอีก 2 องค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์ของ Whitlatch, Zarit และ von Eye ได้แก่ องค์ประกอบด้าน Personal strain และองค์ประกอบด้าน Role strain โดยเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทุกด้านให้มีสัดส่วนเท่ากันที่ 100 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาองค์ประกอบด้าน Personal strain มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 29.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.31 คะแนน) และลำดับถัดมา คือ ปัญหาองค์ประกอบด้าน Role strain มีคะแนนเฉลี่ย 16.46 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.16 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

1.1.3 คุณภาพการนอนหลับ

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ร้อยละ 61.0) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 39.0) มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.82 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.39 คะแนน) จากคะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบจากแบบสอบถาม ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.2.1 ปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไป

พบว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.6) มีอายุเฉลี่ย 78.46 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.71 ปี) กลุ่มอายุที่มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 71 – 80 ปี (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 0 – 5 ปี (ร้อยละ 61.7) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 5.90 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.48 ปี) และผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับ Mild (ร้อยละ 60.6) ตามลำดับ

**2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 84.1) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 13 คน โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 11) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.7) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถามเท่ากับ 12.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.50 คะแนน) จากคะแนนของแบบสอบถามตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

**3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย ($p < 0.001$) ปัญหาทางด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) คุณภาพการนอนหลับ ($p < 0.001$) และการมีรายได้ของผู้ดูแล ($p < 0.05$)

**3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กับความชุกของภาวะซึมเศร้า**

จากการศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ปัจจัย คือ เพศ, อายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย พบว่า ไม่มีปัจจัยใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ($p < 0.05$)

**การอภิปรายผล**

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นอย่างถาวร สำหรับในกรุงเทพมหานครพบความชุกร้อยละ 5.0 ในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนประชากรต่างจังหวัดพบความชุกร้อยละ 10.2[4] ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนับว่าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ จากงานวิจัยที่ผ่านมาใน พ.ศ.2555 ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวรวุฒิ ร่มไทร ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 84 คน พบว่า ร้อยละ 23.8 ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 10.7 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 9.5 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ[5] จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดย P. Cuijpers PhD พบว่ามีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 15 – 32[60] เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ร้อยละ 13.9 ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 3.7 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.2 ซึ่งมีความชุกน้อยกว่างานวิจัยที่ผ่านมาดังที่กล่าวไว้ข้างต้น จึงอธิบายได้ว่าเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ช่วงเวลาที่ศึกษา ความแตกต่างทางเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม ภาษา และถิ่นที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง

รวมทั้งคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ค่าความชุกที่พบในกลุ่มตัวอย่างนั้นมีความที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โดยธิติพันธ์ ธานีรัตน์และคณะ พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.7 ซึ่งมีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้[62]

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โดยธิติพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.011[62] และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง โดยเชิดชาย ชยวัฑโฒ ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03[65] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการดูแลผู้ป่วย การมีเจตคติที่ดี และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการค้นคว้าหาแนวทางในการได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมระหว่างการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ดูแลลดลง และทำให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง[72]

การไม่มีรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Printz-Feddersen, V. ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีและมีรายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่ลดลง กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลไม่มีรายได้จะส่งผลทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และส่งผลทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงขึ้นตามไปด้วย[64] และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์การนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของ Simpson และคณะ ที่พบว่าหากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ได้แก่ คู่สมรส ลูกหลาน และญาติคนอื่นๆ ในด้านค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมด จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ไม่มีรายได้ มีความวิตกกังวลในความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่าย จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ในที่สุด[73]

ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนั้นเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต้องรับภาระในการดูแลค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาทางด้านการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน โดยจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การที่ผู้ดูแลที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของที่มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล โดยวีณา ลิ้มสกุลและคณะ ที่พบว่าความไม่เพียงพอของค่าจ่ายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่สูงขึ้น[74] และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง โดยเชิดชาย ชยวัฑโฒ ที่พบว่าการไม่มีรายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.049 โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุมากและไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งจะได้รับเพียงเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยยังชีพผู้พิการ อีกทั้งผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานประจำที่ตนเองทำอยู่ ทำให้ผู้ดูแลมีความความเครียดและวิตกกังวลมาก จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ในที่สุด[65]

ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรมณฑ์ ลำเลียงพล ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 และเมื่อนำคะแนนแต่ละด้านมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มุมมองด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และผู้ดูแลที่มีปัญหาทางสุขภาพกายจะมีความสัมพันธ์ระดับสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบเทียบกับกลุ่มคนไทยปกติ (ดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนไทยปกติที่มีปัญหาทางสุขภาพเท่ากับ 80 คะแนน และดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลที่ทีปัญหาทางสุขภาพกายเท่ากับ 64 คะแนน)[75] ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง โดยเชิดชาย ชยวัฑโฒ ที่พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง เพราะระยะเวลาการดำเนินโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยทำการศึกษาค่อนข้างสั้น กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการดำเนินโรคเฉลี่ยไม่เกิน 1 ปี และจากการที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการดำเนินโรคที่สั้นนี้เอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองรู้สึกมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า แม้ว่าผู้ดูแลจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพมาอยู่ก่อนแล้ว แต่ก็ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีระยะเวลาของการดำเนินโรคยาวนานตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางสุขภาพมาอยู่ก่อนแล้วนั้นไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่แย่ลงจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ในที่สุด[65]

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาทางด้านความจำ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ ความคิด บุคลิกภาพ และการแสดงออกทางพฤติกรรม ทั้งในด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดีจึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล อยู่เสมอ(33) จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Song และคณะ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยพบว่าหากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากก็จะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงขึ้น และจากการศึกษายังพบอีกว่า หากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก โดยที่ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตแล้ว ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลขึ้นตามมาได้(54) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรสรณ์รดี ภาคภากร พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด จึงทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของร่างกายช้าและการดำเนินของโรคที่ไม่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จนทำให้ผู้ดูแลสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตามมาเช่นกัน(76)

คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กล่าวคือการนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวรวุฒิ ร่มไทร พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพการนอนหลับที่เป็นปัญหาถึงร้อยละ 68 และยังพบอีกว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(5) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่พบก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะซึมเศร้า และสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดย Rittman, M. และคณะ ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาที่ยาวนานจะมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลีย การมีอารมณ์หงุดหงิดแปรปรวน ไม่คงที่ และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในทางลบเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากอาการข้างเคียงของการนอนไม่หลับ หรือหลับได้ไม่เพียงพอดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีอาการของโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย เช่น มีอาการนอนกรนเสียงดัง หรืออาจหยุดหายใจเป็นพัก ๆ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมย่อมส่งกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จนทำให้ผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น คือ รู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ หมดกำลังใจ ปฏิเสธความสนใจใน

กิจกรรมที่เคยทำแล้วรู้สึกสนุก รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต เบื่ออาหาร เก็บตัวและไม่อยากที่จะติดต่อกับใคร หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตายได้[77]

**ข้อจำกัดในงานวิจัย**

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มประชากรตัวอย่างในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้จะคัดเฉพาะผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษาเท่านั้น ดังนั้น กลุ่มประชากรที่ศึกษาจึงยังไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ทั้งหมด

2. รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ เวลาหนึ่ง (cross-sectional) ที่มุ่งตอบคำถามภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นหลักผู้วิจัยเห็นว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีส่วนสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีปัจจัยกระตุ้นต่างๆ รวมทั้งการประสบกับภาวะกดดันในช่วงชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นอาจจะออกแบบการวิจัยในรูปแบบของการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยในครั้งแรก โดยทำการศึกษาและติดตามต่อเนื่องกันเป็นระยะๆ จะแสดงให้เห็นความชัดเจนของการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงต่อไป

2. อาจจะเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น โดยขยายไปที่ผู้ป่วยในคลินิกอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและนำไปใช้ต่อ**

1. เพื่อให้ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วย รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อันจะเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติ และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม และได้รับการดูแลรักษาที่มีความเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล เช่น การที่ผู้ดูแลไม่ยินยอมให้ร่วมมือในการรักษา หรือผู้ดูแลทอดทิ้งผู้ป่วย เป็นต้น

2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีความเสี่ยงให้สูงขึ้น เช่น ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ ผู้ดูแลที่มีปัญหาเรื่องค่าจ่าย และผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย และในผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ย่อมต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

## รายการอ้างอิง


1. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.

2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005 Dec 17;366(9503):2112-7.

3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะกราฟฟิก โก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.

5. วรวุฒิ ร่มไทร. คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

6. Boyd AM, Nihart M.A. Mood disorder. In: Psychiatric nursing, editor. contemporary practice. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

7. เสาวภา ศรีภูสิตโต. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

8. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: University of Pennsylvania Press; 1967.

9. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

10. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอง; 2527.

11. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2545.

12. รัชนู วรรณา, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558;60(2):85-98.

13. World Health Organization. Depression: Media centre 2015 [cited 2015 January 4]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/.

14. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547;12(3):177-88.

15. นันทวัช สิทธิรักษ์. จิตเวช ศิริราช DSM-5. 1 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

16. Sadock BJ, Sadock VA. “Moods disorders.” Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry,. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 527-78.

17. Sadock BJ, Sadock VA. “Moods disorders.”. Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry : behavioral sciences/ clinical psychiatry,. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 534-90.

18. Akiskal HS. “Moods disorders: introduction and overview.”. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1284-98.

19. Akiskal HS. “Moods disorders: clinical features.”. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1338-77.

20. Thase ME. “Mood disorders: neurobiology.” In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. 1594-603. p.

21. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2553.

22. Akiskal HS. “Moods disorders: historical introduction and conceptual overview.”. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1559-75.

23. Akiskal HS. “Moods disorders: clinical features.”. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1611-52.

24. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guildford Press; 1979.

25. Akiskal HS. "Moods disorders: introduction and overview."In: Kaplan Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1. 6 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; ; 1995. 1067-79. p.

26. World Health Organization Collaborating Centre. “Major depression.” In: Management of mental disorders. project. Tp, editor. Sydney: Wild & Woolley Pty Ltd; 1997.

27. Kohn Y, Zislin J Fau - Agid O, Agid O Fau - Hanin B, Hanin B Fau - Troudart T, Troudart T Fau - Shapira B, Shapira B Fau - Bloch M, et al. Increased prevalence of negative life events in subtypes of major depressive disorder. Compr Psychiatry. 2001;42(1):57-63.

28. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. J Affect Disord 2003;74(1):49-57.

29. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5TM. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.

30. มธุรดา สุวรรณโพธิ์. โรคซึมเศร้า (Major Depreession Disorder) 2558 [cited 12 มิถุนายน 2560]. Available from: http://www.thaifamilylink.net/web/node/138.

31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition (DSM-IV): International Version with ICD- Codes. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995.

32. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. Neurology. 1996 Jan;46(1):130-5.

33. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. 3 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

34. กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อม : โรคหรือวัย : รวมข้อมูลน่ารู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนวัยอัลไซม์เมอร์ และการดูแลรักษา. 3 ed. กรุงเทพฯ: คบไฟ; 2543.

35. เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. วิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2543.

36. วันดี โภคะกุล, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์). 1 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.

37. โสภาพรรณ รัตนัย. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ. 1 ed. กรุงเทพฯ: แสงดาว; 2555.

38. Holden U, Woods RT. Positive Approach to dementia Care. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995.

39. Whalley L, Spratt E. Differential Diagnosis and management of dementia: Postgraduate Update Centre; 1992.

40. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. Washington DC.1994.

41. Förstl H, Kurz A. Clinical features of Alzheimer's disease. European Archives of Psychiatryand Clinical Neuroscience. 1999;249(6):288–90.

42. รัชฎา รักขนาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (ต.ค. - ธ.ค.) 2543;1(4):31-7.

43. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar R, Newens A. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2543;1(4):15-24.

44. Ross F, Mackenzie A. Nursing in Primary Care. London: Routledge; 1996.

45. Carers UK. Carers Information: Resources to Support Informal Carers 2005. Available from: http://www.carerinformation.org.uk.

46. ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2539;2(1):84-92.

47. สาธิดา แรกคำนวน. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

48. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1982;19(3):276-88.

49. Department of social Change and Mental Health. Help for caregiver. Geneva: WHO; 2000.

50. González-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Sep;14(9):701-10.

51. Yeatman R, Bennetts K, Allen N, Ames D, Flicker L, Waltrowicz W. Is caring for elderly relatives with depression as stressful as caring for those with dementia? a pilot study in melbourne. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1993;8(4):339-42.

52. Ory MG, Hoffman RR 3rd, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. Gerontologist. 1999 Apr;39(2):177-85.

53. Beck MH, Janz NK. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1984;11(1):1-47.

54. Song LY, Biegel DE, Milligan SE. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Ment Health J. 1997 Aug;33(4):269-86.

55. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerontology 1989;44(3):61-71.

56. ปาณิสรา เกษมสุข. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

57. ศิริอร สินธุ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่าง. วารสารสภาการพยาบาล. 2542;14(3):10-23.

58. Liu J, Wang LN, Tan JP, Ji P, Gauthier S, Zhang YL, et al. Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Nov-Dec;55(3):560-3.

59. Lou Q, Liu S, Huo YR, Liu M, Liu S, Ji Y. Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease. J Clin Nurs. 2015 Sep;24(17-18):2668-78.

60. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. Aging Ment Health. 2005 Jul;9(4):325-30.

61. Ballard CG, Eastwood C, Gahir M, Wilcock G. A follow up study of depression in the carers of dementia sufferers. BMJ : British Medical Journal. 1996;312(7036):947-.

62. ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ธุรีราช, ปิยนุช กิมเสาว์. ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61(4):319-30.

63. Niazi. RS, Basheer. S, Fareed A. Minhas, Najma Najam. Depression and Anxiety in the Caregivers of Mentally Ill Patients. 2004.

64. Printz-Feddersen V. Group process effect on caregiver burden. J Neurosci Nurs. 1990 Jun;22(3):164-8.

65. เชิดชาย ชยวัฑโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2559 (ม.ค.-มี.ค);35(1):14-27.

66. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. 2536;45(6):359-74.

67. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 1996 Dec;67(3):588-97.

68. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980 Dec;20(6):649-55.

69. Zarit SH, Orr NK ZJ. The hidden victims of Alzheimer’s disease: Families under stress. New York: New York University 1985.

70. Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. Gerontology Center, Penn State University.1990.

71. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42(3):123-32.

72. บุญพา ณ นคร. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการทางการแพทย์ เขต 11. 2556;27(2):291-300.

73. Simpson C, Carter P. Dementia caregivers' lived experience of sleep. Clin Nurse Spec. 2013 Nov-Dec;27(6):298-306.
74. วีณา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แง่งจุ้ย, อาภรณ์ สุขโสดา. ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของที่มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล. 2557;63(4):35-41.
75. พชรมณฑ์ ลำเลียงพล. ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(2):112-24.
76. รสรณ์รดี ภาคภากร, บุรณี กาญจนถวัลย์, นิจศรี ชาญณรงค์. ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2558;59(4):457-69.
77. Rittman M, Hinojosa MS, Findley K. Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. J Neurosci Nurs. 2009 Feb;41(1):39-52.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

# ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0<br>**เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**<br>**( Information sheet for research participant)** |
|---|---|

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ผู้ทำวิจัย**

ชื่อ นายดนุวัศ ศศิภิญโญ

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298 มือถือ 08-7399-7368

**ผู้ร่วมโครงการวิจัย**

ชื่อ อ.นพ. สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298

**แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการคัดกรองปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความ

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0<br>**เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**<br>**( Information sheet for research participant)** |
|---|---|

ชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนี้ พัฒนาระบบการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป

**<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**<u>จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย</u>**

จำนวน 77 คน

**<u>วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย</u>**

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอซักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ท่านทำแบบสอบถาม
แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 12 ข้อ

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 ข้อ

<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ

<u>ส่วนที่ 4</u> แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย จำนวน 22 ข้อ

<u>ส่วนที่ 5</u> แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ

ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ หากท่านไม่ต้องการตอบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามให้ได้มากที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ครั้ง

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0<br>**เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**<br>**( Information sheet for research participant)** |
|---|---|

**<u>ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านแจ้งข้อมูลที่เป็นจริงตามการรับรู้ของท่านต่อผู้วิจัย ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยและแจ้งข้อจำกัดแก่ผู้วิจัย หรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดช่วงเวลาการเก็บข้อมูล

**<u>ความเสี่ยงที่อาจได้รับ</u>**

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

**<u>ประโยชน์ที่อาจได้รับ</u>**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต่อไป ท่านจะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน เมื่อผู้วิจัยพบว่าท่านมีความผิดปกติใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง และตรวจพบจากการเก็บข้อมูล รวมถึงสามารถส่งต่อเพื่อให้ท่านได้รับการรักษาที่เหมาะสมหากท่านต้องการ

**<u>ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย</u>**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อคำถามด้วยตนเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟัง
  โดยท่านเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

**<u>อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย</u>**

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถที่จะปฏิเสธไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ หรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายดนุวัศ ศศิภิญโญ ได้ตลอดเวลา ทางหมายเลขโทรศัพท์ 02-2564298 มือถือ 08-7399-7368

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0<br>**เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**<br>**( Information sheet for research participant)** |
|---|---|

**<u>ค่าตอบแทนสาหรับผู้เข้าร่วมวิจัย</u>**

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

**<u>การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย</u>**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยที่ท่านดูแลแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยได้

**<u>การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร</u>**

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายดนุวัศ ศศิภิญโญ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

**<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการทางการแพทย์ และคำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0<br>**เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**<br>**( Information sheet for research participant)** |
|---|---|

6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-05/4.0<br>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย |
|---|---|

การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

| คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-05/4.0<br>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย |
|---|---|

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**<u>แบบสอบถาม สำหรับการวิจัย</u>**

เรื่อง ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**<u>คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม</u>**

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน

**<u>ส่วนที่ 1</u>** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

<u>ตอนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

<u>ตอนที่ 2</u> แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

**<u>ส่วนที่ 2</u>** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) ฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ

**<u>ส่วนที่ 3</u>** แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย จำนวน 22 ข้อ

**<u>ส่วนที่ 4</u>** แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ

2. ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียน ชื่อและนามสกุลลงในแบบสอบถามชุดนี้

3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคลแต่อย่างใด

4. ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบ ประมาณ 20 - 30 นาที

นายดนุวัศ ศศิภิญโญ
นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

**<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

**<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

**1. เพศ**

❑ (1) ชาย

❑ (2) หญิง

**2. อายุ** ..... ปี

**3. ระดับการศึกษาสูงสุด**

❑ (1) ต่ำกว่าประถมศึกษา

❑ (2) มัธยมศึกษาตอนต้น

❑ (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

❑ (4) ปริญญาตรี หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

❑ (5) สูงกว่าปริญญาตรี

**4. สถานภาพสมรส**

❑ (1) โสด ❑ (2) สมรส

❑ (3) แยกกันอยู่ ❑ (4) หม้าย

❑ (5) หย่าร้าง

**5. งานประจำ (กิจกรรมที่ทำเพื่อให้มีรายได้)**

❑ (1) มีงานประจำ

❑ (2) ไม่มีงานประจำ

❑ (3) ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

**6. การมีรายได้**

❑ (1) ไม่มีรายได้

❑ (2) มีรายได้ โปรดระบุที่มาของรายได้ .....

**7. ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย**

❑ (1) ไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

❑ (2) มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเล็กน้อย

❑ (3) มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายมาก

**8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**

❑ (1) คู่สมรส

❑ (2) ลูก

❑ (3) พี่ / น้อง

❑ (4) เขย / สะใภ้

❑ (5) อื่น ๆ โปรดระบุความสัมพันธ์ .....

**9. ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย**

❑ (1) ไม่มี

❑ (2) บิดา / มารดา

❑ (3) สามี / ภรรยา

❑ (4) บุตร

❑ (5) พี่ / น้อง

❑ (6) อื่น ๆ โปรดระบุความสัมพันธ์ (ถ้ามี) .....

**10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน**

❑ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย ..... ชั่วโมง / วัน

❑ ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก

**11. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน** ..... ปี ..... เดือน

**12. ท่านมีปัญหาทางด้านสุขภาพของตัวท่านเองหรือไม่**

❑ (1) ไม่มี

❑ (2) มี

โปรดระบุปัญหาทางด้านสุขภาพ .....

**13. ท่านมีผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยหรือไม่**

❑ (1) ไม่มี

❑ (2) มี

โปรดระบุความสัมพันธ์ .....

**<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

**<u>ตอนที่ 2</u> ข้อมูลของผู้ป่วย**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

**1. เพศ**

❑ (1) ชาย

❑ (2) หญิง

**2. อายุ .....** ปี

**3. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน .....** ปี **.....** เดือน

**4. คะแนน TMSE .....**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**<u>ส่วนที่ 2</u> แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory–II) ฉบับภาษาไทย**

**<u>คำชี้แจง</u>** แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อ ขอให้ท่านอ่านทุกข้อโดยละเอียดก่อนตัดสินใจตอบ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน ❑ ข้างหลังคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดตอบทุกข้อ <u>(ถ้าท่านมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากกว่า 1 คำตอบ ให้เลือกตำตอบที่มีหมายเลขประจำข้อนั้นที่สูงกว่า กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจในแต่ละหัวข้อว่าท่านได้เลือกเพียงประโยคเดียวเท่านั้น รวมทั้งข้อ 16 การนอนหลับ และข้อ 18 ความอยากอาหาร)</u>

**1. อารมณ์เศร้า**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกเศร้า
- ❑ (1) ฉันรู้สึกเศร้าบ่อย ๆ
- ❑ (2) ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- ❑ (3) ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้

**2. การมองโลกในแง่ร้าย**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกหมดหวังกับอนาคต
- ❑ (1) ฉันรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับอนาคตมากกว่าที่เคยเป็น
- ❑ (2) ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันจะได้รับการแก้ไข
- ❑ (3) ฉันรู้สึกสิ้นหวังกับอนาคต คิดว่าเรื่องทุกอย่างมีแต่จะแย่ลง

**3. ความล้มเหลว**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว
- ❑ (1) ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร
- ❑ (2) ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องที่ล้มเหลวมาก
- ❑ (3) ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย

**4. ความรู้สึกเซ็งหมดสนุก**

- ❑ (0) ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย
- ❑ (1) ฉันไม่มีความสุขเท่าเดิม เวลาทำสิ่งที่ฉันเคยชอบ
- ❑ (2) ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ
- ❑ (3) ฉันรู้สึกเซ็ง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่เคยชอบทำเลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**5. ความรู้สึกผิด**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกว่าตนทำอะไรผิด
- ❑ (1) ฉันรู้สึกว่าตนผิด ในเรื่องหลายเรื่องที่ทำไปแล้ว หรือเรื่องที่ไม่ได้ทำทั้งที่ควรจะทำ
- ❑ (2) ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองอยู่เกือบตลอดเวลา
- ❑ (3) ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองตลอดเวลา

**6. ความรู้สึกว่าถูกลงโทษ**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองกำลังถูกลงโทษ
- ❑ (1) ฉันรู้สึกว่าตนเองอาจจะถูกลงโทษ
- ❑ (2) ฉันคาดว่าตนเองจะต้องถูกลงโทษ
- ❑ (3) ฉันรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกลงโทษ

**7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง**

- ❑ (0) ฉันรู้สึกว่าตนเองเหมือนอย่างที่เคย
- ❑ (1) ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง
- ❑ (2) ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง
- ❑ (3) ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง

**8. การตำหนิตนเอง**

- ❑ (0) ฉันไม่ได้ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม
- ❑ (1) ฉันตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าที่เคย
- ❑ (2) ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทุกเรื่อง
- ❑ (3) ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกเรื่องที่เกิดขึ้น

**9. ความคิดฆ่าตัวตาย**

- ❑ (0) ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
- ❑ (1) ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ
- ❑ (2) ฉันอยากฆ่าตัวตาย
- ❑ (3) ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**10. การร้องไห้**

- ❑ (0) ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม
- ❑ (1) ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย
- ❑ (2) ฉันร้องไห้ง่าย แม้ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
- ❑ (3) ฉันอยากจะร้องไห้ แต่ร้องไม่ได้

**11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกกระสับกระส่าย หรือตึงเครียดมากกว่าที่เคยเป็น
- ❑ (1) ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย หรือตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม
- ❑ (2) ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่ายากที่จะอยู่นิ่ง ๆ ได้
- ❑ (3) ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมากจนต้องเดินไปมา หรือจะต้องหาอะไรทำ

**12. ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว**

- ❑ (0) ฉันยังคงสนใจคนอื่น ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ตามปกติ
- ❑ (1) ฉันสนใจคนอื่น ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวน้อยลงกว่าเดิม
- ❑ (2) ฉันแทบไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัว
- ❑ (3) ฉันไม่รู้สึกสนใจอะไรเลย (เป็นการยากที่สิ่งต่าง ๆ จะทำให้ฉันสนใจ)

**13. ความลังเลใจ**

- ❑ (0) ฉันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ดีเหมือนเดิม
- ❑ (1) ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม
- ❑ (2) ฉันพบว่าการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ยากขึ้นอย่างมาก
- ❑ (3) ฉันมีปัญหาในการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม

**14. ความรู้สึกไร้ค่า**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
- ❑ (1) ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างที่เคย
- ❑ (2) ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยกว่าคนอื่น
- ❑ (3) ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อะไรเลย

**15. การเสียกำลังใจ**

- ❑ (0) ฉันมีกำลังใจเหมือน ๆ เดิม
- ❑ (1) ฉันมีกำลังใจมากกว่าที่เคย
- ❑ (2) ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก
- ❑ (3) ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย

**16. การนอนหลับ**

- ❑ (0) การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- ❑ (1a) ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิม
- ❑ (1b) ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิม
- ❑ (2a) ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก
- ❑ (2b) ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก
- ❑ (3a) ฉันนอนหลับเกือบทั้งวัน
- ❑ (3b) ฉันตื่นเช้าขึ้นกว่าเดิม 1-2 ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้

**17. ความรู้สึกหงุดหงิด**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย
- ❑ (1) ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคย
- ❑ (2) ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก
- ❑ (3) ฉันหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**18. ความอยากอาหาร**

- ❑ (0) ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- ❑ (1a) ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิม
- ❑ (1b) ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิม
- ❑ (2a) ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิมอย่างมาก
- ❑ (2b) ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก
- ❑ (3a) ฉันไม่รู้สึกอยากอาหารเลย
- ❑ (3b) ฉันรู้สึกอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา

**19. สมาธิไม่ดี**

- ❑ (0) ฉันมีสมาธิ สามารถเพ่งความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ได้เหมือนเคย
- ❑ (1) ฉันสมาธิแย่ลง ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ได้เหมือนเคย
- ❑ (2) ฉันสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เป็นเวลานาน
- ❑ (3) ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเพ่งความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย

**20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย**

- ❑ (0) ฉันไม่รู้สึกเหนื่อย หรือเพลียมากกว่าที่เคยเป็น
- ❑ (1) ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ
- ❑ (2) ฉันรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลาย ๆ อย่างที่เคยทำไม่ไหว
- ❑ (3) ฉันรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้

**21. ความสนใจเรื่องเพศ**

- ❑ (0) ความสนใจในเรื่องเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
- ❑ (1) ฉันมีความสนใจในเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
- ❑ (2) ฉันมีความสนใจในเรื่องเพศน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก
- ❑ (3) ฉันหมดความสนใจในเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย**

**<u>คำชี้แจง</u>** : ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ให้ท่านสำรวจความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

| | |
|---|---|
| ไม่เคยเลย | หมายถึง ท่านไม่เคยมีความรู้สึกนี้เลย |
| นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน |
| เป็นบางครั้ง | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง |
| ค่อนข้างบ่อย | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้หลาย ๆ ครั้งต่อสัปดาห์ |
| เกือบจะเป็นประจำ | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกือบทุกวัน |

| ข้อที่ | ข้อความ | ไม่เคยเลย (0) | นาน ๆ ครั้ง (1) | เป็นบางครั้ง (2) | ค่อนข้างบ่อย (3) | เกือบจะเป็นประจำ (4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Do you feel that your relative asks for more help than he or she needs?<br>ท่านรู้สึกว่า ผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง | | | | | |
| 2. | Do you feel that, because of the time you spend with your relative, you don't have enough time for yourself?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องมาจากการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากจนไม่มีเวลาเป็นของตนเอง | | | | | |
| 3. | Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities for your family or work?<br>ท่านรู้สึกมีความเครียด ทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ | | | | | |
| 4. | Do you feel embarrassed about your relative's behavior?<br>ท่านรู้สึกอึดอัดใจ ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย | | | | | |
| 5. | Do you feel angry when you are around your relative?<br>ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย | | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ไม่เคยเลย (0) | นาน ๆ ครั้ง (1) | เป็นบางครั้ง (2) | ค่อนข้างบ่อย (3) | เกือบจะเป็นประจำ (4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **6.** | Do you feel that your relative currently affects your relationship with other family members?<br>ท่านรู้สึกว่า ผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ หรือคนใกล้ชิดแย่ลง | | | | | |
| **7.** | Are you afraid about what the future holds for your relative?<br>ท่านรู้สึกกลัว เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล | | | | | |
| **8.** | Do you feel that your relative is dependent upon you?<br>ท่านรู้สึกว่า ผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน | | | | | |
| **9.** | Do you feel strained when you are around your relative?<br>ท่านรู้สึกตึงเครียด ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย | | | | | |
| **10.** | Do you feel that your health has suffered because of your involvement with your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า สุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| **11.** | Do you feel that you don't have as much privacy as you would like, because of your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| **12.** | Do you feel that your social life has suffered because you are caring for your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| **13.** | Do you feel uncomfortable having your friends over because of your relative?<br>ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย | | | | | |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

| ข้อที่ | ข้อความ | ไม่เคยเลย (0) | นาน ๆ ครั้ง (1) | เป็นบางครั้ง (2) | ค่อนข้างบ่อย (3) | เกือบจะเป็นประจำ (4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. | Do you feel that your relative seems to expect you to take care of him or her, as if you were the only one he or she could depend on?<br>ท่านรู้สึกว่า ผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ | | | | | |
| 15. | Do you feel that you don't have enough money to care for your relative, in addition to the rest of your expenses?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| 16. | Do you feel that you will be unable to take care of your relative much longer?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถที่จะอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป | | | | | |
| 17. | Do you feel that you have lost control of your life since your relative's death?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตของตนเองได้ ตั้งแต่ท่านดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| 18. | Do you wish that you could just leave the care of your relative to someone else?<br>ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วย และหาใครสักคนมาดูแลแทน | | | | | |
| 19. | Do you feel uncertain about what to do about your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า ไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย | | | | | |
| 20. | Do you feel that you should be doing more for your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านควรที่จะทำอะไรให้มากกว่านี้เพื่อผู้ป่วยที่ท่านดูแล | | | | | |
| 21. | Do you feel that you could do a better job in caring for your relative?<br>ท่านรู้สึกว่า ท่านน่าจะดูแลผู้ป่วยของท่านได้ดีกว่านี้ | | | | | |
| 22. | Overall, how burdened do you feel in caring for your relative?<br>โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน | | | | | |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**<u>ส่วนที่ 4</u> แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) ฉบับภาษาไทย**

**<u>คำแนะนำ</u>** คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่ว ๆ ไปของท่าน กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อว่าการนอนส่วนใหญ่ของท่านเป็นอย่างไรในรอบ **<u>1 เดือนที่ผ่านมา</u>** (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลา.....น.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอน จนหลับไป.....นาที
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปกติท่านลุกจากที่นอนเวลา.....น.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปกติแล้วท่านนอนหลับได้คืนละ .....ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้**<u>อาจจะแตกต่าง</u>**จากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
   - ❑ (1) ดีมาก
   - ❑ (2) ดี
   - ❑ (3) ไม่ค่อยดี
   - ❑ (4) ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง เพื่อช่วยให้การนอนหลับบ่อยเพียงใด)
   - ❑ (1) ไม่เคยใช้เลย
   - ❑ (2) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
   - ❑ (3) ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
   - ❑ (4) ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่าง ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์
   - ❑ (1) ไม่เคยเลย
   - ❑ (2) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
   - ❑ (3) 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
   - ❑ (4) 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป
   - ❑ (1) ไม่เป็นปัญหาเลย
   - ❑ (2) เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
   - ❑ (3) เป็นปัญหาพอสมควร
   - ❑ (4) เป็นปัญหามาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้ (กรุณาตอบทุกข้อ)

1 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
2 หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
3 หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
4 หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

| **9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด** | **1** | **2** | **3** | **4** |
|---|---|---|---|---|
| 9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที | | | | |
| 9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ | | | | |
| 9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ | | | | |
| 9.4 หายใจติดขัด | | | | |
| 9.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง | | | | |
| 9.6 รู้สึกหนาวเกินไป | | | | |
| 9.7 รู้สึกร้อนเกินไป | | | | |
| 9.8 ฝันร้าย | | | | |
| 9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว | | | | |
| 9.10 สาเหตุอื่น ๆ ถ้ามี (โปรดระบุ)..... | | | | |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

# ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นาย ดนุวัศ นามสกุล ศศิภิญโญ ภูมิลำเนาจังหวัด สงขลา

วัน เดือน ปีเกิด 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2533 ปัจจุบันอายุ 26 ปี

พ.ศ. 2555 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิศวกรรมเคมี มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557 – 2558 ทำงานในตำแหน่ง นักวิชาการพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน สถานที่ทำงานกรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน

ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2558

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University