

ความซุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับ  
การรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวสรณรรตี ภาคภากร

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 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF DEPRESSION IN CAREGIVERS OF PATIENTS  
WITH STROKE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.

Miss Rasornradee Pakpakorn



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 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวสรสรณ์รดี ภาคภากร
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภากาศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงศ์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(แพทย์หญิงภาพันธุ์ ไทยพิสุทธิกุล)

รสรณ์รตี ภาคภากร : ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ่ผู้ป่วยมารับการรักษ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF DEPRESSION IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ศ. พญ.นิจศรี ชาญณรงค์, หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ่ผู้ป่วยมารับการรักษ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ และสถิติถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 หรือน้อยกว่า 0.01 ในด้านผู้ดูแลได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ การนอนหลับที่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ความรู้สึกเป็นภาระมาก และปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR=4.20 95%CI=1.31-13.39 ; $p<0.01$ ) การนอนหลับที่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง (OR=5.03 95%CI=1.51-16.80 ; $p<0.01$ ) และความรู้สึกเป็นภาระมาก (OR=9.05 95%CI=2.68-30.55 ; $p<0.001$ ) ซึ่งแต่ละปัจจัยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย แพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการประเมิน หรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต .....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
ปีการศึกษา	2557	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5674064330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION / CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE / STROKE

RASORNRADDEE PAKPAKORN: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF DEPRESSION IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.. ADVISOR: ASSOC. PROF. BURANEE KANCHANATAWAN, M.D., CO-ADVISOR: PROF. NIJASRI CHARNNARONG, M.D., pp.

The purposes of this descriptive research were to study prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial hospital. A total of 96 participants in this study. Data were collected by using self-report questionnaire, Beck Depression Inventory Thai version, Zarit Burden Interview Thai version, Social Support questionnaire and Barthel Index Thai version. Statistical analysis was done by using SPSS. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, chi-square and multiple logistic regression analysis.

The result were revealed that 44.8 percent of caregivers had depression. Caregivers' factors related to depression at the 0.05 level or less than 0.01 level were inadequate income, less than 5 hours sleep duration, the difficulty in care of the patients, low social support, high caregivers burden and patients factor related to depression was low activities of daily of patients with stroke. The factors that predicted depression in caregivers of patients with stroke were inadequate income (OR=4.20 95%CI=1.31-13.39 ; $p<0.01$ ), less than 5 hours sleep duration (OR=5.03 95%CI=1.51-16.80 ; $p<0.01$ ) and high caregiver burden (OR=9.05 95%CI=2.68-30.55 ; $p<0.001$ ) . These factors were increased risk of depression in stroke caregiver. To decrease caregiver depression, physicians who provide medication should investigated or screen for caregiver of patients with stroke for proper management to improve quality of care among patient with stroke.

Department: Psychiatry

Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2014

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆตลอดการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักกระบวนการเรียนรู้ คิดพิจารณา สิ่งต่างๆโดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ให้ความกรุณาให้ความรู้ความเข้าใจ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้านสถิติและการวิเคราะห์ผลของงานวิจัยฉบับนี้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างยิ่งตลอดงานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ พว.ศุภรัตน์ ชาญวูธ และเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมระบบประสาท ผู้ป่วยนอก ภาปร.ชั้น 3 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลด้วยความเมตตา

อีกทั้งการวิจัยนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่าน และบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ที่ให้คำแนะนำ ติดต่อ ประสานงานให้เป็นอย่างดีตลอด การทำวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนในการ ปฏิบัติงานจนสำเร็จลุล่วงมาโดยตลอด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research question).....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	2
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	2
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation).....	2
คำสำคัญ (Key words) .....	3
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition).....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit and application).....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework).....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ภาวะซึมเศร้า.....	5
โรคหลอดเลือดสมอง .....	27
บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	33
ทบทวนวรรณกรรม.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย (Research design) .....	41

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology).....	41
วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique).....	42
การสังเกต และการวัด (Observational measurement).....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis).....	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	50
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	50
ข้อมูลด้านสุขภาพ.....	55
คะแนนจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory, Barthel Activity of Daily Index, Zarit Burden Interview, Social Support ของกลุ่มตัวอย่าง .....	57
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	59
ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย Multivariate logistic regression analysis .....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	72
ปัจจัยทางคลินิกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	73
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	73
ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	73
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	73
ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน .....	74



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	74
ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	74
การอภิปรายผล .....	75
ปัญหา และอุปสรรคในการทำวิจัย.....	79
ข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้.....	80
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	80
รายการอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก.....	85
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	86
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	91
แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย.....	93
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	106

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 4.1แสดงจำนวนและ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล.....	50
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและ ร้อยละ ของข้อมูลด้านสุขภาพ .....	55
ตารางที่ 4.3 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory .....	57
ตารางที่ 4.4 แสดงดัชนีบาร์เทล อินเด็กซ์ (Barthel Activity of Daily Index Thai version).....	57
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าคะแนน ความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	58
ตารางที่ 4.6 แสดงค่าคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	58
ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	59
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	64
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	65
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	66
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	67
ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ Simple logistic regression.....	69
ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ Multiple logistic regression .....	70

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รายงานสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2545 พบว่า ปี พ.ศ.2542 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5 และเป็นอันดับที่ 2 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 7<sup>(1)</sup> และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี 2551-2555 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 227,848 คน และเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง 15 – 20% เสียชีวิต 20 - 30% มีความพิการขั้นรุนแรง และ 50% มีความพิการเล็กน้อย หรือหายเป็นปกติ ความพิการทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษา งานวิจัยของจุฬารัตน์ สตรีปัญญา และพรชัย สตรีปัญญา พบอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 43 และพบภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6<sup>(2)</sup>

นอกจากเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงแล้วยังเกิดผลกระทบต่อคนในครอบครัว หรือคู่สมรส ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการ ส่งผลให้การดำเนินชีวิต และสภาพจิตใจของคนในครอบครัว หรือคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไปจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นมาได้<sup>(3)</sup> จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลันโดย Gary p. Epstein-lubow GP, Beevers CP, Bishop DS และ Miller IW ปี 2009 พบว่า 41 % ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า หลังจากคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน โดย 14% มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 27% อยู่ในระดับรุนแรง<sup>(4)</sup> รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลายาวนานทำให้คนในครอบครัว หรือคู่สมรสของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย จากการศึกษาวิจัยของเสาวภา พรวัตะคุ พบว่าเหตุผลในการเข้ามารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความรัก และความผูกพัน และในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เป็นระยะเวลาเวลานานทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความเครียดโดยรวมในระดับสูง<sup>(5)</sup>

จากการศึกษางานวิจัย ผู้วิจัยพบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มจะมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น และความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีเป็นจำนวนน้อยและศึกษาเมื่อนานมาแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีการตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อที่จะเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงหาแนวทางในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาแบบองค์รวม และมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

#### คำถามการวิจัย (Research question)

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการ รักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีเท่าใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วย มารับการ รักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมา รับ การรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พา ผู้ป่วยมา รับ การรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

#### ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค และจำกัดเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเดียวเท่านั้น จึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระจายผลไปสู่กลุ่มประชากรทั่วไป

### คำสำคัญ (Key words)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะซึมเศร้า, โรคหลอดเลือดสมอง

### การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการเบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน<sup>(6)</sup> ในที่นี้วัดด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) ฉบับภาษาไทย โดยใช้ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไป

**โรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบ ตัน หรือมีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก ในที่นี้ใช้การวินิจฉัยโดยแพทย์อายุรกรรมประสาท

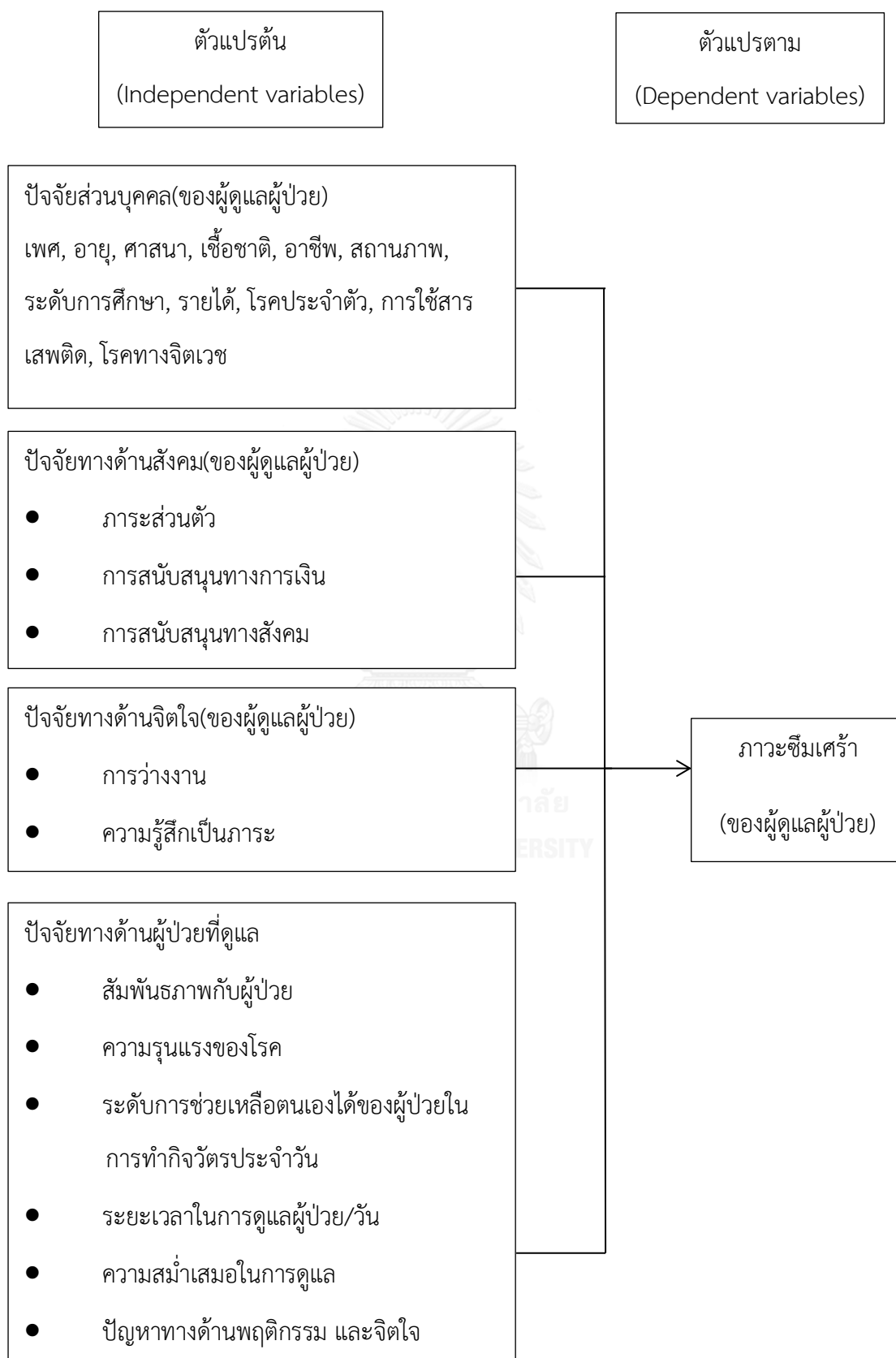
**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

**ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องทางสายเลือด ประกอบด้วย บิดา มารดา ลูก หลาน เหลน ลูกพี่ลูกน้อง ลุง ป้า น้า อา หรือคู่สามี ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน(รวมเวลานอนกลางวัน) ซึ่งเป็นผู้พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit and application)

- เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงขนาด และความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เข้าใจผู้ดูแล และมีแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- มีข้อมูลในการทำการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์หรือเชิงลึกต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า
2. โรคหลอดเลือดสมอง
3. บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literature)

### ภาวะซึมเศร้า

#### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

เป็นปฏิกิริยาการต่อต้านของบุคคล ต่อสิ่งที่มาบกรวนหรือก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในการปรับแก้ต่อสถานการณ์ความเครียดที่บกรว่งลง อาการจะประกอบด้วยอารมณ์ซึมเศร้า สิ้นหวัง ไม่สบายใจ ความสนใจในการทำกิจกรรมลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง หงุดหงิด กระวนกระวายใจ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า<sup>(7)</sup> ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงาน หรือการเรียนซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติ ภาวะซึมเศร้านั้นใช้เรียกอาการของโรคทางจิตเวชซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามข้อบ่งชี้ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา<sup>(8)</sup>

#### โรคซึมเศร้า(Depressive Disorder)

#### ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology of depressive disorder)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบบมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder)ซึ่งพบความชุกชั่วชีวิต(lifetime prevalence) ได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-17 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)ซึ่งพบความชุกชั่วชีวิตได้ตั้งแต่ร้อยละ 3-6 โรคซึมเศร้านักจะพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงเป็น 2 เท่าของความชุกในเพศชาย อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้า

หลัก คือประมาณ 40 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มีอายุของการเกิดโรครอยู่ระหว่าง 20-50 ปี แต่โรคซึมเศร้าหลักก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงวัยเด็กและวัยสูงอายุด้วย ส่วนโรคซึมเศร้าเรื้อรังมักจะพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าในโรคซึมเศร้าหลัก โรคซึมเศร้าหลักจะพบบ่อยในผู้ที่ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด โดยพบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าหลักสูงสุดในผู้ที่แยกทางหรือหย่าร้าง และพบต่ำสุดในผู้ที่โสดหรือสมรส นอกจากนี้ยังพบว่ามีความแตกต่างกันตามเพศ คือ ผู้หญิงโสดจะพบโรคซึมเศร้าหลักต่ำกว่าผู้หญิงที่สมรส ในขณะที่ผู้ชายที่สมรสจะพบอัตราของโรคซึมเศร้าหลักต่ำกว่าผู้ชายที่เป็นโสด โรคซึมเศร้าหลักจะพบบ่อยในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจและโรคซึมเศร้าได้ผลแตกต่างกันไป บางการศึกษาก็พบว่าโรคซึมเศร้าเรื้อรังมักพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ ซึ่งได้แก่ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำและผู้ที่มีรายได้น้อย แต่บางการศึกษาก็พบว่าสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจกับโรคซึมเศร้าหลักมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำหรือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกัน โรคซึมเศร้าจะพบสูงขึ้นในผู้ที่มีประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัว โดยเฉพาะในญาติลำดับแรก นอกจากนั้นแล้วยังพบสูงขึ้นในครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตายและการติดยาเสพติดด้วยประสบการณ์การสูญเสียบิดามารดาในช่วงก่อนวัยรุ่น จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนใจในวัยเด็ก ปัญหาการขาดครอบครัวและความแตกแยกภายในครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นกัน นอกจากนั้นเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การแยกทางและการหย่าร้างของบิดามารดา รวมถึงการถูกบิดามารดาละทิ้ง ก็พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมักจะพบว่ามึโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยค่อนข้างมาก ในชนิดของโรคซึมเศร้าด้วยกัน มักจะพบว่ามึโรคซึมเศร้าเรื้อรัง(dysthymic disorder)เกิดร่วมได้บ่อยซึ่งเรียกว่าโรคซึมเศร้าทวิคูณ(double depression)นอกจากนั้นแล้ว โรคทางจิตเวชอื่นๆที่พบร่วมด้วยบ่อยๆ ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล(anxiety disorders)เช่น โรคตื่นตระหนก(panic disorder) โรควิตกกังวล(generalized anxiety disorders) และโรคย้ำคิดย้ำทำ(obsessive-compulsive disorder) โรคที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด(substance use disorders) เช่นการใช้สุราในทางที่ผิด(alcohol abuse) และการติดยา(alcohol dependence) รวมถึงบุคลิกภาพผิดปกติ(personality disorders) เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง(borderline personality disorder) เป็นต้น



## การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมา พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างกันทางด้านคำจำกัดความของโรคซึมเศร้า หรือภาวะซึมเศร้า กลุ่มประชากรที่ศึกษา รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แต่โดยเฉลี่ยแล้วพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ในประชากรผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 20-40

การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทย โดยธรรณิทร์ กองสุข และคณะ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.4 (ประมาณ 1,311,797 คน) และซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 0.3 (ประมาณ 181,809 คน)<sup>(9)</sup>

## สาเหตุของโรคซึมเศร้า (Etiologies of depressive disorder)

สาเหตุของโรคซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ดังนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นจากการศึกษาในครอบครัว (family studies) ซึ่งพบว่ายังมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น เช่น หากบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 10-25 แต่หากบิดาและมารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยของบุตรจะสูงขึ้นถึง 2 เท่า และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าใด โอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็ยิ่งมากเท่านั้น ดังที่พบว่า ญาติในลำดับแรก (first degree relatives) จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่าญาติห่างๆ หรือในการศึกษาบุตรบุญธรรม (adoption studies) ที่พบว่าบุตรของบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้น แม้จะได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่มีการป่วยด้วยโรคนี้ก็ตาม หรือการศึกษาในฝาแฝด (twin studies) ที่พบว่า concordance rate ของแฝดไข่ใบเดียว ของโรคซึมเศร้าหลัก สูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งสูงกว่าในแฝดไข่คนละใบพบร้อยละ 10-25 หรือใน linkage studies ซึ่งพบว่ายีน cAMP Response Element-Binding Protein (CREB1) บนโครโมโซมที่ 2 มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมมีผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับเหตุการณ์

ความเครียดในชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทร่วมกันของทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเกิดโรคซึมเศร้า

2. การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง การศึกษาภาพถ่ายแสดงโครงสร้างของสมอง (structural brain imaging) โดยอาศัย computerized tomography (CT) และ magnetic resonance imaging (MRI) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมี hyperintensities ในบริเวณ subcortical regions ซึ่งได้แก่ periventricular regions, basal ganglia และ hypothalamus และพบโพรงสมองที่โตขึ้น (ventricular enlargement or ventriculomegaly) เปลือกสมองเหี่ยวลง (cortical atrophy) ปริมาณเนื้อสมองลดลงอย่างชัดเจน (significant reduction of brain volume) และร่องสมองกว้างขึ้น (sulcal widening) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายยังพบว่า hippocampus และ caudate nucleus มีขนาดเล็กลงด้วย และมีการศึกษาภาพถ่ายแสดงการทำงานของสมอง (functional brain imaging) โดยอาศัย positron emission tomography (PET) พบว่ามีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและมีการลดลงของกลูโคสเมทาโบลิซึมในบริเวณเปลือกสมอง (reduction of cortical cerebral blood flow and glucose metabolism) ในบริเวณสมองด้านหน้า (anterior brain) โดยเฉพาะเปลือกสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex)
3. ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters) พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารไปโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) โดยมีการลดลงของสารเหล่านี้ ได้แก่ norepinephrine และ serotonin รวมถึง dopamine โดยพบความผิดปกติของปริมาณเมทาโบไลต์ของสารเหล่านี้ เช่น 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) homovanilic acid (HVA) 3-methoxy-4-hydroxyphenyl-glycol (MHPG) ทั้งในเลือด ในปัสสาวะ และในน้ำไขสันหลัง
4. ความผิดปกติของระบบประสาทฮอว์โมน (neuroendocrine dysregulation) ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติของระบบสารไปโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) ด้วย ซึ่งจะพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มมากขึ้นในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรัง และในภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอว์โมนต่างๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มการผลิตสาร steroid โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 50-60 มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นมากเกินปกติจนสามารถตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ

ระดับคอร์ติซอลในเลือด และเมื่อทดสอบการยับยั้งการหลั่งคอร์ติซอลเมื่อให้ dexamethasone เข้าไปก็พบว่า ระดับคอร์ติซอลก็ยังคงสูงอยู่ เนื่องจากกลไกการยับยั้งการหลั่งคอร์ติซอลเสียไปจึงทำให้ไม่สามารถกดการหลั่งคอร์ติซอลได้หลังจากที่ให้ dexamethasone เข้าไป ซึ่งเรียกว่า dexamethasone non-suppression นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ thyroid hormone axis และ growth hormones ด้วย

5. ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology) ได้แก่ การตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) หรือตื่นช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ใช้เวลาในการเริ่มนอนนาน (delayed sleep onset) การสั้นลงของ rapid eye movement (REM) period แรกที่ยาวขึ้น (longer first REM period) การพบ delta wave ที่ผิดปกติไป (abnormal delta wave) และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle)

ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

1. ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก ดังนี้

Sigmund Freud และ Karl Abraham อธิบายว่า โรควิตกกังวลเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นจะซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเองนั้นก่อให้เกิดอาการของโรควิตกกังวลขึ้น

Melanie Klein ให้ความสำคัญกับปัญหาความสัมพันธ์ของมารดากับทารกในช่วงขวบปีแรก

Edward Bibling อธิบายว่าโรควิตกกังวลเกิดขึ้นจากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถบรรลุอุดมคติหรือความคาดหวังที่มีต่อตนเอง

Heinz Kohut อธิบายว่าการสูญเสียความเป็นตัวตน ความเชื่อมั่นหรือความภาคภูมิใจในตัวเองก่อให้เกิดอาการของโรควิตกกังวล

John Bowlby ให้ความสำคัญกับความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างมารดา与孩子ในช่วงระยะแรกของชีวิต โดยอธิบายว่า ประสบการณ์สะท้อนใจจากการพลัดพรากจากผู้ดูแลที่ใกล้ชิดในวัยเด็กก่อให้เกิดอาการของโรควิตกกังวล

บุคลิกภาพผิดปกติ(personality disorder) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ(histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง(borderline personality disorder)

2. ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) โดยพบว่า ความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า Aaron Beck ได้อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตนเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาใจเอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและความล้มเหลว
3. ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆจะก่อให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยากจนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า และนอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น ดังเช่น การย้ำคิดถึงเรื่องเดิมๆเป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคลนั้นๆพลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องไปอีกหรือเป็นมากขึ้น
4. ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้านั้นคงอยู่ต่อไปด้วย ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักจะพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย

Myrna M. Weissman ได้อธิบายถึงปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่

- 4.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่นคู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

4.2 ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

4.3 การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การมีบุตร วิกฤตวัยกลางคน การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4.4 ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธ์ภาพ หรือทักษะทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการแยกตัวทางสังคม

#### อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการและอาการแสดงหลายด้าน สามารถแบ่งเป็นกลุ่มอาการได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า (depressed mood) และความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน (markedly diminished interest or pleasure) อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นติดต่อกันนานเกินกว่าที่ควรจะเป็นจากผลกระทบของเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญ ความสนใจและความเพลิดเพลินที่ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ลำบากจนทำให้ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกว่าคุณเหมือนคนขี้เกียจ ไม่อยากทำอะไร ถึงแม้ว่าอารมณ์เศร้าจะเป็นอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็ยังพบว่ามีอาการอื่นๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น ความรู้สึกกังวล (anxiety) อารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) อารมณ์โกรธ (anger) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายจะมีอาการวิตกกังวล (anxiety symptoms) เกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจพบบ่อยถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะจะเป็นความวิตกกังวลไปล่วงหน้า (worry or apprehension) หรืออาจจะเป็นอาการวิตกกังวลที่รุนแรงจนกลายเป็นอาการตื่นตระหนก (worry or attacks) ก็ได้

2. กลุ่มอาการทางชีวภาพ (Vegetative symptoms) หรือกลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ อาการอ่อนล้า (fatigue) หหมดเรี่ยวแรงกำลัง (loss of energy) นอนไม่หลับ (insomnia) โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening or terminal insomnia) หรือการตื่นกลางดึกหลายครั้ง (multiple awakenings at night) ความอยากอาหารลดลง (decreased appetite) น้ำหนักลดลง (weight loss) แต่ในบางรายอาจพบว่า มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (increased appetite) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) และนอนมากเกินไป (hypersomnia) ซึ่งเรียกออาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical features) และยังพบประจำเดือนผิดปกติ (abnormal menses) เช่น ประจำเดือนขาด ปัญหาสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunctions) เช่น ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง (decreased sexual desire and interest or libido) และกิจกรรมทางเพศลดลง (decreased performance in sexual activities) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะบอกรถึงอาการทางร่างกาย (somatic complaints) ที่เกิดขึ้นร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียนด้วย

3. กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีจิตใจการเคลื่อนไหวที่ช้าลง (psychomotor slowness) จนเชื่องช้า (psychomotor retardation) รายที่มีอาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว อาจจะมีอาการนิ่งไม่พูด (mutism) หรืออยู่นิ่งนานๆโดยไม่เคลื่อนไหว (catatonia) ผู้ป่วยบางรายมีจิตใจการเคลื่อนไหวแบบหงุดหงิด (psychomotor agitation) คือรู้สึกว่จิตใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลูกลี้ลูกลอน

4. กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ การไม่มีสมาธิ (loss of concentration) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 84 การไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) ความรู้สึกผิด (guilt) มีความคิดโทษหรือตำหนิตัวเอง (self-reproach or self-blame) ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง หรือสิ้นหวัง (feeling of hopelessness or helplessness) และความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) จนอาจถึงความคิดอยากตาย หรือความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation)

5. กลุ่มอาการทางสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal symptoms) หรือกลุ่มอาการทางสังคม (Social symptoms) ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (relationship problems) การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (lack of social support) การไม่เข้าสังคม (social withdrawal) และ

การแยกตัวจากสังคม (social isolation) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายคนรายงานว่าขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากปัญหาอารมณ์ของตน และเมื่อเกิดอาการของโรคซึมเศร้าแล้วยังทำให้ยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าจะไม่ยอมพูดคุย พบปะหรือสังสรรค์กับใคร

กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่างๆที่สำคัญ (functioning impairment) ซึ่งได้แก่ หน้าที่ด้านการเรียน การทำงาน ทางสังคมหรือความสัมพันธ์

### **ประเภทของโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยและการดำเนินโรค**

ประเภทของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยๆตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) ดังจะกล่าวต่อไปนี้

#### **โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)**

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Criteria (2000) ดังนี้

1. ต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ โดยอาการใน 5 ข้อดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (loss of interest or pleasure)

1) อารมณ์เศร้า (depressed mood) เป็นส่วนใหญ่ของวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยอาจจะได้จากการรายงานของบุคคลผู้นั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น ในเด็กและวัยรุ่น อาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) ก็ได้

2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆทุกกิจกรรมต่างๆทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรมลดลงอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure in all or almost all activities) โดยเป็นส่วนใหญ่ของวันและเป็นเกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น

- 3) น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (significant weight loss or weight gain) ดังเช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวทั้งหมดในเวลา 1 เดือน หรือ มีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน
  - 4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน
  - 5) จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) หรือเชื่องช้า (psychomotor retardation) เกือบทุกวัน โดยได้จากการสังเกตจากบุคคลอื่น ไม่เพียงแต่จากความรู้สึกส่วนตัวของตนเอง
  - 6) อ่อนล้าหรือหมดเรี่ยวแรงกำลัง (fatigue or loss of energy) เกือบทุกวัน
  - 7) ความรู้สึกไร้ค่า (feelings of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt) ซึ่งอาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด (delusion) เกือบทุกวัน ไม่เพียงแต่เป็นการโทษตัวเองหรือรู้สึกผิดที่เจ็บปวด
  - 8) ความสามารถในการคิดหรือรวบรวมสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ (indecisiveness) เกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น
  - 9) ความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับความตาย (recurrent thoughts of death) ที่ไม่ใช่เพียงความรู้สึกกลัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีทางวางแผน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan)
2. อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode)
  3. อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจนหรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ
  4. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สาร เช่น การใช้สารเสพติดหรือยา เป็นต้น หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น
  5. อาการดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (bereavement) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยหากอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆอย่างชัดเจน หรือมีความคิดหมกมุ่นจนผิดปกติว่าตนเองไร้ค่า (morbid preoccupation with worthlessness) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หรือมีอาการ



ของโรคจิต (psychotic symptoms) หรือมีจิตใจการเคลื่อนไหวเชิงช้า (psychomotor retardation) ในลักษณะนี้จะเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder)

### ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าหลัก (Clinical features of major depressive disorder)

โรคซึมเศร้าหลักมีรูปแบบและลักษณะอาการที่สำคัญแตกต่างกันไปตามประเภทของโรคซึมเศร้าหลัก ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่างๆได้ดังนี้

#### 1) ลักษณะอาการทางชีวภาพ (Melancholic features)

ลักษณะอาการซึมเศร้าในกลุ่มนี้ อาจเรียกว่า endogenous depression เป็นกลุ่มอาการซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง โดยมีลักษณะอาการสำคัญ ดังนี้ อารมณ์ซึมเศร้าที่เด่นชัด หดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (anhedonia) มีความผิดปกติทางชีวภาพทางกาย (vegetative disturbances) ซึ่งได้แก่ ความผันแปรของอารมณ์เศร้าในช่วงวัน (diurnal mood variation) โดยจะพบอาการซึมเศร้ามากในช่วงเช้าของวัน (morning sadness) และค่อยๆดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือเย็น ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (early morning awakening) เบื่ออาหารอย่างมากหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างชัดเจน จิตใจการเคลื่อนไหวเชิงช้าหรือหงุดหงิด (psychomotor retardation or agitation) ความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt)

#### 2) ลักษณะอาการของโรคจิต (Psychotic features)

โรคซึมเศร้าหลัก ที่มีอาการรุนแรงประมาณร้อยละ 15 จะมีลักษณะอาการของโรคจิต (psychotic features) ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิด (delusions) และอาการประสาทหลอน (hallucinations) ซึ่งอาจเป็นอาการของโรคจิตที่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-congruent psychotic features) เช่น อาการหลงผิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบาปและความผิด (sin and guilt) การสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของ (poverty) การเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้ายแรง (illness or disease) อวัยวะในร่างกายหดหายหรือสูญสิ้น (nihilism) การสูญเสียชีวิต (death) หรือการถูกลงโทษ (punishment) หรืออาจเป็นอาการของโรคจิตที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-incongruent psychotic features) เช่น อาการหลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusion) หรือถูกปองร้ายเอาชีวิต (persecutory delusion) หรือหลงผิดว่าถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (delusion of control) พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการของโรคจิต ที่เกิดขึ้นหลังจากอายุ 50 ปี มักจะพบอาการหงุดหงิดกระสับกระส่ายที่รุนแรง (severe agitation) มักจะมีอาการหลงผิดว่าได้ทำผิดอย่างมาก (delusional guilt) หมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย (hypochondriacal

preoccupation) ตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) และน้ำหนักลดลง (weight loss) บางครั้งก็ถือว่าเป็นลักษณะที่รุนแรงรูปแบบหนึ่งของโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะอาการทางชีวภาพ (melancholic features)

### 3) ลักษณะอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (Atypical features)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการแบบนี้ จะมีอาการทางชีวภาพที่ตรงข้ามกับอาการของโรคซึมเศร้าทั่วไป (reverse vegetative symptoms) ซึ่งได้แก่ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและผันแปรตามเหตุการณ์ หากประสบกับเหตุการณ์ที่ดีและน่าพอใจ อารมณ์ก็จะดีขึ้นได้ (mood-reactivity or paradoxical anhedonia) ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (increased appetite) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) อาการง่วงนอนและนอนมากเกินไป (hypersomnia ความรู้สึกหนักๆที่แขนขา (leadens paralysis) และความรู้สึกอ่อนไหวง่ายกับความสัมพันธ์ (interpersonal sensitivity) เช่น รู้สึกว่าตนถูกปฏิเสธ หรือถูกทิ้ง (perceived interpersonal rejection)

### 4) ลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic features)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการแบบนี้ จะมีรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ซึ่งได้แก่ ไม่เคลื่อนไหว (motoric immobility) เช่น มีอาการอยู่นิ่ง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ (catalepsy) รวมถึงการคงท่าทางที่ผู้อื่นจัดไว้ให้ (waxy flexibility) หรือนิ่งซึมและไม่ตอบสนองใดๆ (stupor) หรือมีการเคลื่อนไหวที่มากเกินไปโดยไม่มีเป้าหมายหรือสิ่งเร้าภายนอก (catatonic excitement) หรือมีการต่อต้านหรือทำตรงข้ามกับคำสั่ง (negativism) หรือนิ่งไม่พูด (mutism) หรือคงอยู่ในท่าทางที่แปลก (posturing) หรือเคลื่อนไหวแบบซ้ำๆโดยมีเป้าหมายหรือมีความหมาย (mannerism) หรือมีการแสบขี้ม (grimace) หรือมีการพูดเลียนแบบตาม (echolalia) หรือทำเลียนแบบตาม (echopraxia)

### โรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง (Chronic depression)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง หมายถึง โรคซึมเศร้าที่มีอาการเป็นอย่างต่อเนื่องกันในช่วงเวลา 2 ปี ส่วนใหญ่จะพบว่าอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรังจะมีความรุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการรุนแรง (severe major depressive disorder) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการรุนแรงมักจะมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากกว่าที่จะกลายเป็นโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเรื้อรังหลายปีหรือบางรายมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต อาการของผู้ป่วยอาจจะขึ้นๆลงๆ ระหว่างช่วงที่มีอาการรุนแรงและช่วงที่อาการไม่รุนแรง

ผู้ป่วยหลายรายจะพบอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปัญหาการนอน และอาการชีวภาพทางกายอื่นๆ (vegetative symptoms) เป็นอาการที่เด่นชัด รวมถึงอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติอื่นๆ ด้วย ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลายรายใช้สุราและยานอนหลับชนิดต่างๆจนเกิดอาการติดสารดังกล่าว การป่วยเรื้อรังยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความสามารถในการหาความสุขกับกิจกรรมที่เพลิดเพลิน และปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะคู่สมรสจนอาจทำให้เกิดปัญหาการแยกทางหรือการหย่าร้างได้

ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ที่ไม่สามารถหายขาดได้ มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีการป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การใช้ยาหรือสารที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า การใช้สุราและยานอนหลับชนิดต่างๆ การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี รวมถึงการเสียชีวิตหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังจึงควรประเมินถึงภาวะทางกายของผู้ป่วย รวมถึงเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยด้วย

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของโรคซึมเศร้าหลัก (Course and prognosis of major depressive disorder)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมักมีแนวโน้มที่จะป่วยนานและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (relapse) ได้ค่อนข้างสูง โดยมักพบว่าตัวก่อนความเครียดในชีวิต (life stressors) มักจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการป่วยในครั้งแรก (first episode) มากกว่าในครั้งต่อมา (subsequent episode)

### การดำเนินโรค

1) เวลาของการเริ่มป่วย พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักถึงร้อยละ 50 เคยมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักถึงร้อยละ 50 เคยมีอาการของโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาก่อน อายุ 40 ปี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดอาการขึ้นช้า (later onset) มักไม่มีประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัว ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และไม่มีประวัติการใช้สุราที่ผิด (alcohol abuse)

2) ระยะเวลาการป่วย หากไม่ได้รับการรักษา ช่วงระยะของโรคซึมเศร้า (depressive episode) จะคงอยู่นาน 6 – 13 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดหากหยุดยารักษาโรคซึมเศร้าเร็วกว่า 3 เดือน มักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่และหากเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นซ้ำเรื่อยๆ ความถี่ของการป่วยก็จะยิ่งบ่อยขึ้น (more frequent episodes) และระยะการป่วยในแต่ละครั้งก็จะยิ่ง

ยาวนานขึ้นด้วย (longer episodes) และพบว่าหากติดตามการป่วยไปนาน 20 ปี จะพบจำนวนครั้งของการป่วยโดยประมาณ 5 – 6 ครั้ง

### การพยากรณ์โรค

โรคซึมเศร้าหลักมีแนวโน้มที่จะเป็นเรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจากการป่วยครั้งแรกร้อยละ 50 สามารถหายจนกลับสู่ปกติได้ในช่วงปีแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นเรื่อยๆ จำนวนผู้ป่วยที่หายขาดจากการป่วยจะลดลงไปเรื่อยๆ และเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี จะมีผู้ป่วยร้อยละ 10 – 15 ที่อาการไม่หายขาด โดยมักจะพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่ดีขึ้นมักจะมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังเกิดร่วมด้วย หรือมีโรคซึมเศร้าหลักเกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ (recurrence of major depressive episode) ผู้ป่วยร้อยละ 25 มีการป่วยซ้ำในช่วง 6 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 30 - 50 ป่วยซ้ำในช่วง 2 ปีแรก และผู้ป่วยร้อยละ 50 – 75 ป่วยซ้ำอีกในช่วง 5 ปี อุบัติการณ์ของการป่วยซ้ำ (incidence of relapse) จะลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (prophylactic psychopharmacological treatment) และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหลักเพียง 1 – 2 ครั้ง โดยทั่วไปแล้วหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังป่วยหลายครั้ง ระยะห่างของการป่วยแต่ละครั้งก็จะลดลงเรื่อยๆ และความรุนแรงของการป่วยก็จะยิ่งรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยพยากรณ์โรคที่ดี (good prognostic factors) ได้แก่ ช่วงการป่วยที่รุนแรงเพียงเล็กน้อย (mild episodes) ไม่มีอาการของโรคจิต (absence of psychotic symptoms) และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้น (short hospital stay) การมีความสัมพันธ์ที่ดีในช่วงวัยรุ่น หน้าที่ทางครอบครัวที่ราบรื่น (stable family functioning) หน้าที่ทางสังคมโดยรวมที่ดีในช่วงวัยรุ่น การไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นหรือปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 1 ครั้ง และการเริ่มป่วยเมื่ออายุมาก (advanced age of onset) ปัจจัยพยากรณ์โรคที่แย่ (poor prognostic factors) ได้แก่ การมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) การใช้สุราและสารเสพติดอื่นที่ผิด (coexisting alcohol and other substance abuse) อาการของโรควิตกกังวล (anxiety disorder symptoms) และการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมามากกว่า 1 ครั้ง และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศชายจะมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังมากกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เริ่มป่วยเมื่ออายุยิ่งน้อยเท่าไร ก็ยิ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้นเท่านั้น

## โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR Criteria (2000) ดังนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เป็นส่วนใหญ่ของวัน และจะมีวันที่มีอาการซึมเศร้ามากกว่าวันที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า เป็นเกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (หากเป็นในเด็กและวัยรุ่นอาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) และระยะเวลาเป็นอย่างน้อย 1 ปีก็ได้)
2. ในขณะที่มีอาการซึมเศร้า ต้องมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้ร่วมด้วย ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป
  - 1) ความอยากอาหารลดลง (poor appetite) หรือรับประทานมากเกินไป (overeating)
  - 2) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia)
  - 3) พลังกำลังลดลง (low energy) หรืออ่อนล้า (fatigue)
  - 4) ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ (low self-esteem)
  - 5) สมาธิลดลง (poor concentration) หรือตัดสินใจลำบาก (difficulty making decisions)
  - 6) ความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวัง (feelings of helplessness)
3. ในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีสำหรับเด็กหรือวัยรุ่น) บุคคลนั้นจะไม่มีอาการดังเกณฑ์การวินิจฉัย ข้อ 1) และข้อ 2) ได้ไม่เกินกว่า 2 เดือน
4. ไม่มีโรคซึมเศร้าหลัก ปรากฏในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีในเด็กและวัยรุ่น) และอาการดังกล่าวต้องไม่เป็นอาการของโรคซึมเศร้าหลักที่เป็นเรื้อรัง (chronic major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าหลักที่อาการดีขึ้นบางส่วน (major depressive disorder in partial remission)
5. ไม่เคยมีช่วงระยะครั่นเครงเกินปกติ (manic episode) หรือช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode) หรือช่วงระยะครั่นเครงเกินปกติที่ไม่รุนแรง (hypomanic episode) และไม่เข้ากับโรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่รุนแรง (cyclothymic disorder)
6. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะขณะที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง (chronic psychotic disorder) เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคหลงผิด (delusional disorder)
7. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สารบางอย่าง เช่น สารเสพติด หรือยาบางชนิด หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น

8. อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจนหรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

### **ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Clinical features of dysthymic disorder)**

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) มีลักษณะที่แตกต่างไปจากโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง (chronic major depressive disorder) คือ มักจะเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆอาจจะเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น หรือช่วงอายุ 20 ปีกว่าๆ และมีอาการไม่เหมือนกับอาการของระยะของโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive episode) คือ จะมีอาการบอกเล่า (subjective signs) เด่นชัดมากกว่าอาการที่สังเกตหรือตรวจพบ (objective signs) โดยมักจะบอกว่าตนเองมีอาการซึมเศร้าอยู่เสมอๆ แต่ไม่ค่อยพบความอยากอาหารหรือความต้องการทางเพศที่ลดลง ไม่ค่อยพบอาการจิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดหรือเชื่องช้า (psychomotor agitation or retardation) และไม่ค่อยพบอาการชีวภาพทางกาย (endogenous features) เช่น เหนื่อยล้า อ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรงกำลัง รวมถึงการหมดความสนใจในทุกอย่าง (anhedonia) ลักษณะอาการที่เด่นชัดของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่ายที่เป็นอยู่เรื่อยๆ อ่อนไหวง่าย ขาดความเพลิดเพลินในชีวิต รู้สึกว่าตนเองด้อย จนเหมือนกลายเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลผู้นั้น

### **การดำเนินโรคของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Course of dysthymic disorder)**

โรคซึมเศร้าเรื้อรังมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น โดยบางช่วงอาจจะมีโรคซึมเศร้าหลักเกิดขึ้นซ้อนทับไปด้วย (superimposed major depressive episode) ซึ่งเรียกว่า โรคซึมเศร้าทวีคูณ (double depression)

**การแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า**<sup>(10)</sup> สมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 3 ระดับ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะที่บุคคลพบกับความผิดหวัง ความสูญเสีย ขาดคนเห็นใจ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย คือ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้า สีหน้าไม่สบาย และเงียบไม่พูดคุยกับใคร จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง และยังสามารถเข้าร่วมสังคมได้ตามปกติ เมื่อบุคคลสามารถแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าให้หมดไปแล้ว บุคคลนั้นจะกลับฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ
2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะรุนแรงจนเกิดผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว สังคม และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้จะไม่

สมบูรณ์ การเข้าสังคมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ระยะแรกเหมือนต้องฝืนเข้าสังคม ต่อจากนั้นเขาจะทิ้งสังคมทีละน้อย หันมาสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเองแต่เมื่อไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง เขาจะเลิกสนใจตนเอง ละทิ้งสังคม และไม่เข้าสังคมในที่สุด

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าระดับลึกลงไป เป็นอยู่เป็นเวลานาน และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เห็นอย่างชัดเจน ไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างปกติ ไม่อยู่กับความเป็นจริง และมีอาการหลงผิด

### การรักษาโรคซึมเศร้า (Treatment of depressive disorder)

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายในการรักษาดังต่อไปนี้

- 1) การป้องกันความเสี่ยงและดูแลความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย
- 2) การประเมินและการวินิจฉัยผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- 3) การวางแผนการรักษาผู้ป่วย เพื่อลดอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี

ใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันประกอบด้วยการรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และจิตบำบัด (psychotherapy) โดยมักพบว่าการรักษาที่ให้ประสิทธิภาพเต็มที่มักจะเป็นการให้การรักษาร่วมกัน (combination treatment) ทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด

### การรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization)

การวางแผนการรักษาลำดับแรก คือ การตัดสินใจให้การรักษาในโรงพยาบาลหรือรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก ข้อบ่งชี้สำคัญของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตัวเอง รวมถึงการฆ่าหรือการทำร้ายผู้อื่น อาการของผู้ป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน การขาดการสนับสนุนหรือการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด และความจำเป็นในการประเมินอาการและการวินิจฉัย

### การรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy)

ยารักษาโรคซึมเศร้า (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 การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าจะให้ผลในการรักษาประมาณ 3 – 4 สัปดาห์ ปัญหาที่พบบ่อยๆของการใช้ยารักษา ได้แก่ การให้ยาในขนาดต่ำหรือ

ระยะเวลาให้ยาสั้นเกินไป โดยปกติแล้วการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ควรให้ในขนาดที่เพียงพอสำหรับการรักษา และรอสังเกตผลการตอบสนองต่อการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 4 – 5 สัปดาห์ โดยทั่วไปแล้วประสิทธิภาพของยารักษาโรคซึมเศร้าแต่ละชนิดไม่แตกต่างกันนัก แต่จะแตกต่างกันที่ผลข้างเคียงของยา (side effects) ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กลไกการออกฤทธิ์ ปฏิกริยาระหว่างยาดัวยกัน (drug-drug interactions) ความสะดวกในการปรับเพิ่มขนาดยา รวมถึงกลุ่มอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดยาทันที (discontinuation syndrome) กลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ มีดังนี้

#### 1) ยา Serotonin-Specific Reuptake Inhibitors (SSRIs)

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึมกลับของ serotonin โดยมีผลต่อการดูดซึมกลับของ norepinephrine หรือ dopamine เพียงเล็กน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ fluoxetine, sertraline, paroxetine, fluvoxamine, citalopram, escitalopram โดยพบว่า citalopram และ escitalopram มีความจำเพาะในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ serotonin มากที่สุด ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า เนื่องจากเริ่มต้นขนาดยาในการรักษาเพียงขนาดเม็ดเดียว จึงทำให้สะดวกในการรับประทานยา และยาในกลุ่มนี้มีความปลอดภัยสูง และมีอาการข้างเคียงน้อย มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในเด็ก และโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ การตอบสนองต่อยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะแตกต่างกัน ดังนั้นหากพบว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มนี้แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นยาตัวอื่นภายในกลุ่มนี้ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่มอื่นก็ได้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หรือง่วงนอน สมรรถภาพทางเพศบกพร่อง รวมถึงอาการข้างเคียง extrapyramidal symptoms เช่น กระสับกระส่าย มือสั่น และอาการ anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า

#### 2) ยา Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

ยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการดูดกลับของทั้ง serotonin และ norepinephrine มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว โดยเริ่มเห็นผลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ซึ่งเร็วกว่ายารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆที่อาจใช้เวลา 2 – 4 สัปดาห์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ venlafaxine ปัญหาที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยจะยิ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ภาวะนอนกรน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง



### 3) ยา Tricyclic และ Tetracyclic Antidepressants (TCAs)

แต่ก่อน ยาในกลุ่มนี้ ถือเป็นยาต้นแบบในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน แพทย์มักจะนิยมใช้ยากลุ่มใหม่ขึ้น เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่าง ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างของโมเลกุลเป็น 3 วง จึงเรียกว่า tricyclic ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ amitriptyline, nortriptyline, clomipramine, imipramine ยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ serotonin บริเวณ presynapse นอกจากจะส่งผลให้ปริมาณของ norepinephrine และ serotonin เพิ่มขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้ปริมาณของตัวรับสารสื่อประสาท postsynaptic receptors ลดลงด้วย ซึ่งเรียกว่า down regulation of receptors ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นในเวลา 2 – 4 สัปดาห์ ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลักได้ดีโดยเฉพาะที่มีลักษณะอาการทางชีวภาพ (melancholic features) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าดังกล่าว แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก ซึ่งได้แก่ อาการง่วงนอน (sedation) อาการข้างเคียงทาง anticholinergic effects ซึ่งได้แก่ อาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะขัด รวมถึงความดันโลหิตต่ำลง (hypotension) จนอาจทำให้มีอาการหน้ามืดและหกล้มเมื่อมีการเปลี่ยนท่า และยังมีผลต่อการทำงานของหัวใจ (cardiac effects) อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว (arrhythmia) เกิดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ T wave flattening, prolonged QT interval และ depressed ST segment ได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีโรคหัวใจอยู่เดิม หรือมี heart block อยู่แล้ว ก็อาจเกิด second หรือ third degree heart block ได้ ซึ่งอาจอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นแล้วยาในกลุ่มนี้ยังทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (weight gain) จากฤทธิ์การยับยั้ง histamine receptors (antihistaminergic) รวมถึงทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) ด้วย นอกจากนั้นยาในกลุ่มนี้ ยังมีปฏิกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่นๆ (drug interaction) ได้มาก ซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ยาหากผู้ป่วยใช้ยาอื่นๆร่วมด้วย

### 4) ยา Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants (NaSSA)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ mirtazapine ออกฤทธิ์ต้านตัวรับ presynaptic alpha 2 – adrenergic receptore ทำให้การปล่อย norepinephrine และ serotonin ออกมาเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยายังยับยั้งการทำงานของตัวรับ 5-HT<sub>2</sub> และ 5-HT<sub>3</sub> receptors ส่งผลให้ตัวรับ 5-HT<sub>1A</sub> ทำงานเพิ่มขึ้น ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า มีฤทธิ์คลายความวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับง่าย

และช่วยให้รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น จนอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นด้วยอาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการง่วงนอน ความรู้สึกเจริญอาหารเพิ่มขึ้นจนทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตต่ำลง (orthostatic hypotension) ยาในกลุ่มนี้ส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย จึงสามารถใช้ได้ปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหัวใจและในผู้สูงอายุนอกจากนั้นยังมีปฏิกิริยาต่อยาตัวอื่น (drug interaction) ค่อนข้างน้อย และไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ แต่มีรายงานพบภาวะ agranulocytosis และ neutropenia ในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มนี้

#### 5) ยา Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ moclobemide ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ monoamine oxidase (MAO) ซึ่งเป็นเอนไซม์สลาย norepinephrine และ serotonin ส่งผลให้ปริมาณของ norepinephrine และ serotonin เพิ่มมากขึ้นบริเวณ synapse ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพรักษาโรคซึมเศร้าได้ดี แต่ต้องระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรง (hypertensive crisis) ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้หากรับประทานอาหารที่มี tyramine เป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำลง (orthostatic hypotension) น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น นอนไม่หลับ และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

#### ระยะเวลาในการให้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การให้ยารักษาโรคซึมเศร้า ควรให้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน การให้ยารักษาโรคซึมเศร้า ในระยะต่อเนื่องและในระยะยาวจะช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ

#### การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาท ให้เป็นปกติ ดังเช่น เกิดการลดลงของปริมาณตัวรับ postsynaptic beta-adrenergic receptors ดังเช่น กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้า ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพสูงสุด ข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการรักษาด้วยไฟฟ้าได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยารวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ดีในการป่วยที่ผ่านมา และผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดของโรคซึมเศร้าที่ได้ผลดีกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลักที่มีลักษณะอาการ

ทางชีวภาพ (major depressive disorder with melancholic features) ซึ่งมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง หรือลักษณะที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย (psychotic features) รวมถึงลักษณะที่มีรูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic features) เช่น นิ่งซึม (catatonic stupor) เป็นต้น โดยอาจจะให้การรักษา 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังได้รับการรักษาไปประมาณ 6 – 12 ครั้ง

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการหลงลืม (amnesia) และปัญหาความจำ (memory impairment) แต่อาการข้างเคียงดังกล่าวจะดีขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 6 เดือน และต้องระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายบางอย่าง ได้แก่ ภาวะที่อาจทำให้เกิดการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumors) ซึ่งเมื่อมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าอาจทำให้สมองบวมและเลื่อนไหลออกจากกะโหลกศีรษะได้ (brain herniation) นอกจากนั้นแล้ว โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์ผ่านกายและควบคุมภาวะเสี่ยงดังกล่าวก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า

#### **การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)**

จิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) ซึ่งได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า

##### **1. การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)**

การบำบัดทางความคิดเริ่มต้นพัฒนาขึ้นโดย Aaron Beck (1979) โดยมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนที่ก่ออาการของโรคซึมเศร้าขึ้น การบำบัดทางความคิดเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้เวลาบำบัดประมาณ 15 – 25 สัปดาห์ โดยเฉลี่ยประมาณ 20 สัปดาห์ ให้การบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 – 50 นาที เป้าหมายและกระบวนการรักษา ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผลเริ่มต้นด้วยการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความคิดกับอารมณ์ แล้วมอบหมายให้ผู้ป่วยจดบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดอารมณ์ทางลบ แล้วผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและตรวจสอบ

ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นตามความเป็นจริงและตามเหตุผล เพื่อช่วยแก้ไขความคิดที่บิดเบือน และยังนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมุมมองทางความคิดอื่นๆ มีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น มีมุมมองความคิดทางบวกเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น

## 2. การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy)

การบำบัดทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัดเป็นรูปแบบการรักษาหนึ่งสำหรับโรคซึมเศร้า มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยมองว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการขาดแรงเสริมทางบวกที่ควรได้รับจากความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด นอกจากนั้นแล้วอาการของโรคซึมเศร้าที่ยังคงอยู่และเป็นมากขึ้นนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นกับปัญหาเดิมๆของตนเอง จนพลาดโอกาสในการทำสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความสำเร็จ ส่งผลให้ความภาคภูมิใจในตัวเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ อาการของโรคซึมเศร้าจึงยังคงอยู่ และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ พฤติกรรมบำบัดสำหรับโรคซึมเศร้าจึงมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุให้อารมณ์ซึมเศร้ายังคงอยู่ และพยายามค้นหากิจกรรมที่เพลิดเพลิน เสริมความภาคภูมิใจในตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ ลดความรู้สึกไร้ค่า มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

## 3. จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy)

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเริ่มต้นพัฒนาขึ้นโดย Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman โดยอาศัยทฤษฎีทางสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal Theory) ของ Adolf Meyer และ Harry Stack Sullivan ที่กล่าวไว้ว่าปัญหาทางสัมพันธ์ภาพและปัญหาทางสังคม (interpersonal and social difficulties) มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้า Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman จึงพัฒนาจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลขึ้น โดยได้อธิบายปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems) 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่

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

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าเมื่อปัญหาสัมพันธ์ภาพดังกล่าว ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>(11)</sup>

## โรคหลอดเลือดสมอง

### ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบตัน หรือมีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก ในที่นี้ใช้การวินิจฉัยโดยแพทย์อายุรกรรมประสาท

### อาการและการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ชาหรือเกิดภาวะอ่อนแรง โดยเฉพาะเกิดภาวะอ่อนแรงของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย(hemiparesis) หรืออาจเกิดภาวะอัมพาตของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiplegia) ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน หรือมีความยากลำบากในการพูดหรือเข้าใจ ภาษา ประสบปัญหาในเรื่องของความคิดความจำ ความสนใจ การเรียนรู้และการตัดสินใจ นอกจากนี้ อาจมีปัญหาของการมองเห็น ซึ่งอาจเป็นเพียงตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง อาจมีความยุ่งยากในการเดิน เวียนศีรษะ สูญเสียการทรงตัว หรืออาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้เมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือมีอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในช่วงที่มีอุณหภูมิต่ำ การรับรู้ถึงอาการเจ็บปวดโดยเฉพาะที่แขนและเท้าอาจแย่งลง

ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย นั้นประมาณ 1ใน4 ของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกภายใน 5 ปี ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. สมองขาดเลือด พบประมาณ 70-80% ของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด การขาดการออกกำลังกาย

กายอย่างสม่ำเสมอ โรคเลือดบางอย่าง เช่น ภาวะเลือดชั้นผิดปกติ เกร็ดเลือดสูง เม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอยู่เป็นเวลานานจะเป็นผลให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว เกิดการตีบหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดเกิดอัมพาตตามมาในที่สุด โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมด้วย

2. หลอดเลือดสมองแตก เมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดสมอง(Hemorrhagic stroke) ก้อนเลือดจะเปียดันเนื้อสมองส่วนที่ดีทำให้เสียหายที่เซลล์สมองทำงานผิดปกติ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมา ภาวะนี้มักสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่เป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังเกิดจากความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาบางชนิด

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น อายุ เพศ ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง การเป็นโรคหัวใจ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

#### **ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้**

1. อายุและเพศเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้มีอายุ 55-64 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.25 เท่า มีอายุ 65-74 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.50 เท่า ผู้มีอายุ 75-84 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.07 เท่า และในผู้มีอายุ 85 ปีหรือมากกว่าในเพศชายมีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง 0.76 เท่า
2. ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือประวัติครอบครัวของการมีโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานการทบทวนการศึกษาวิจัยโดยศึกษาในกลุ่มฝาแฝดทั้งฝาแฝดแท้ และฝาแฝดไม่แท้ พบว่าในกลุ่มที่เป็นฝาแฝดแท้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มฝาแฝดไม่แท้และการศึกษาในผู้มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### **ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้**

1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงในช่วงชีวิตของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งมีระดับความดันโลหิตสูงกว่า หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. โรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทางสถิติมีผลต่อการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke

3. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง จากการศึกษาของ Horenstein และคณะพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการมีคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดกับการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด nonhemorrhagic stroke ในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี โดยมี relative risks 1.23

4. โรคหัวใจ จากการศึกษาวิจัยในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกรวมทั้งลักษณะร่วมต่างๆกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจโคโรนารีจำนวน 3,122 คน ในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 8.2 ปี พบว่าผู้ป่วยจำนวน 186 คน ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 6 และมากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke หรือ Transient ischemic attacks

5. การสูบบุหรี่ งานวิจัยของ Mannami et al. พบว่า Relative risks ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดในผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็น 1.27 และ 1.98 เท่า ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Subarachnoid hemorrhage ในผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่คิดเป็น 3.6 เท่า และ 2.7 เท่า ของผู้ชายและผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ตามลำดับ<sup>(12)</sup>

**ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน<sup>(13)</sup>**

### 1. การติดเชื้อในปอด หรือปอดบวมจากการสำลัก

การติดเชื้อในปอดเกิดขึ้นได้เมื่อมีการสำลักอาหารหรือของเหลวเข้าสู่ปอด อาหารจากกระเพาะอาหาร หรือของเหลวที่ตกลงไปในปอดจะทำให้ปอดเสียหายหรือขัดขวางการทำงาน ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก หรือไอ เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปอดบวมหรือมีภาวะน้ำคั่งในปอดได้ และจะทำให้ปอดติดเชื้อ

### อาการการติดเชื้อในปอด

อาการแสดงของภาวะติดเชื้อในปอดสามารถสังเกตอาการได้ดังต่อไปนี้

- ไอบ่อยครั้ง (ผู้ป่วยอาจไอและมีกลิ่นเหม็น) เสมหะจากปอดอาจมีหนอง หรือมีลิ่มเลือดปน

- หายใจตื่นหรือหายใจเสียงดัง รู้สึกว่าหายใจไม่เต็มปอด
- มีไข้ หรือ หนาวสั่น และมีภาวะเหงื่อออก
- เจ็บอกขณะไอ หรือเมื่อหายใจลึกๆ
- กลืนลำบากหรือรู้สึกคล้ายมีอะไรติดในลำคอ
- รู้สึกมึนงง หรือสับสน
- ผิวน้ำ ริมฝีปาก หรือเล็บมือ ซีด (หรือ ขาว/เขียว)

หากสังเกตพบอาการดังกล่าวต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที หรือโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลเพื่อพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

## 2. ภาวะข้อติด

ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยกระดูกและข้อ เช่น ข้อกระดูกที่แขน และขา ข้อกระดูกแต่ละข้อหุ้มด้วยกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และถุงหุ้มข้อกระดูก ข้อติดเป็นผลจากการที่ข้อมีการเคลื่อนไหวน้อยลงหรือไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานานทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือเส้นเอ็นเรียกว่าการดึงรั้งสามารถเกิดได้ที่ ข้อมือ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า หรือข้อสะโพก เป็นต้น

## 3. แผลกดทับ

แผลกดทับ เกิดจากน้ำหนักของร่างกายผู้ป่วยกดลงบนพื้นผิวที่สัมผัสกับเตียงและมีการเสียดสีระหว่างร่างกายและผิวสัมผัสจนผิวหนังบริเวณนั้นซีดหรือขาว หรือแดง โดยผู้ป่วยอาจบ่นว่ามีอาการปวดหรือแสบร้อนบริเวณนั้น จากนั้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไขผิวหนังบริเวณที่เสียดสีจะแตกและเกิดเป็นแผลกดทับขึ้น แผลกดทับสามารถเกิดขึ้นได้ภายในเวลา 1 หรือ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และต้องนอนบนเตียงหรือนั่งบนเก้าอี้ทำเตียงเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณที่มีแรงกดทับระหว่างกระดูกกับผิวหนัง เช่น ก้นกบ ไหล่ สะโพก สันเท้า ข้อศอก ศีรษะด้านหลัง เข่า เท้า ใบหู และ ข้อเท้า

## 4. ภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกเกิดเมื่อการถ่ายอุจจาระ (การเคลื่อนไหวของลำไส้) เป็นไปได้ยาก และแห้งหรือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้แม้ว่าจะนั่งห้องน้ำเป็นเวลานาน คนบางคนอาจจะถ่ายทุกวันหรือบางคนอาจถ่ายอุจจาระทุกสามวัน หรือทุกห้าวัน ภาวะท้องผูกอาจมีอาการปวดมากร่วมด้วยและต้องเบ่งอุจจาระด้วยความยากลำบาก โดยผู้ป่วยอาจจะรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระและไม่สามารถถ่ายออกมาได้ ภาวะท้องผูกเป็นปัญหาอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 5. อาการปวดไหล่



อาการปวดไหล่เป็นปัญหาที่พบบ่อยหลังจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการปวดไหล่มักเกิดจากแขนข้างที่อ่อนแรงถูกดึง การวางมือ การจัดทำ และการเคลื่อนย้ายไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดการดึงตัวของไหล่ข้างที่อ่อนแรงได้ และอาการปวดไหล่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลงซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติดตามมาได้

### **การรับประทานอาหารและโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจะลดลง ไม่อยากอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนอาจมีสาเหตุจากกล้ามเนื้อของลิ้นอ่อนแรง หรือลิ้นเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระพุ้งแก้ม และฟัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีน้ำลายไหลยืดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปิดริมฝีปากได้สนิท การกลืนลำบากทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. ภาวะขาดน้ำ (ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับน้ำ และของเหลวไม่เพียงพอ) และภาวะทุโภชนาการ
2. การติดเชื้อในช่องอก(ปอดบวมจากการสำลัก)

### **อาการของผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก**

น้ำลายออกมามากผิดปกติ หรือไม่สามารถจัดการกับสารคัดหลั่ง เสียงเปลี่ยน (เสียงแหบ หรือเสียงมีเสมหะในลำคอ) กระแอม หรือไอบ่อยครั้งในระหว่างรับประทานอาหารและหลังอาหาร สำลักอาหาร หรือน้ำขึ้นจมูก หรือ บ้วนอาหารออกจากปาก ต้องกลืนหลายครั้งเมื่อมีอาหารในปาก กลืนเนื้อใบบหน้าอ่อนแรงหรือมีอัมพาตของลิ้นและริมฝีปาก มีอาหารในกระพุ้งแก้มและใต้ลิ้น ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาหารติดในลำคอ ใช้นานกว่าปกติในการกิน เคี้ยว หรือกลืน ไม่ต้องการทานอาหารบางชนิด หรือไม่ต้องการกินเลย น้ำหนักลดและ/หรือมีอาการของภาวะขาดน้ำ และมีภาวะปอดบวม(ปอดอักเสบ)บ่อย

### **ควรพบแพทย์ในกรณีดังต่อไปนี้**

1. ไม่สามารถแก้ปัญหาการกลืนสายยางให้อาหารอุดตัน
2. ถ้าสายยางให้อาหารผ่านทางจมูกเคลื่อน หรือท่านไม่แน่ใจว่าปลายสายอยู่ในกระเพาะอาหาร
3. ถ้าสายยางให้อาหารผ่านทางหน้าท้องไม่อยู่ในตำแหน่ง หรือไม่สามารถใช้งานได้
4. เมื่อมีสิ่งคัดหลั่งซึมออกมารอบ ๆ บริเวณสายยางมากกว่าปกติ หรือ มีสิ่งคัดหลั่งสีเทา สีเหลือง หรือมีกลิ่นเหม็นเน่า

### **ควรพบแพทย์ทันทีทันใดในกรณีดังต่อไปนี้**

1. ผู้ป่วยสำลักหรือมีอาการหายใจลำบากระหว่างการให้อาหารให้หยุดให้อาหารและโทรแจ้ง

2. ถ้าสายให้อาหารทางกระเพาะหลุด
3. ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ท้องเสีย ท้องอืด รู้สึกไม่สบาย หรือขาดน้ำ
4. ผิวหนังบริเวณรอบที่ใส่สายมีสีแดง บวม และมีการรื้อขี้ม
5. ท้องบวม ตึง แข็ง

### การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยหลายคนมักไม่สามารถที่จะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

#### ปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับกระเพาะปัสสาวะหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้
- ไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา และปัสสาวะราด
- ปัสสาวะราดโดยที่ไม่รู้ตัว
- มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ

#### ปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับการขับถ่ายอุจจาระหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ท้องผูก
- ท้องเสีย
- ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้

#### วิธีปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเป็นเวลา (ทุก 2 ชั่วโมงในเวลากลางวันถ้าเป็นไปได้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากเข้าห้องน้ำ)
2. ใช้อุปกรณ์ช่วยเช่น กระบอกปัสสาวะสำหรับผู้ชายให้วางไว้ใกล้ผู้ป่วย หรือใช้แผ่นรองขับใส่ในกางเกงชั้นในทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้ชายอาจใช้ถุงยางอนามัยต่อกับถุงปัสสาวะ
4. ไม่ควรลดปริมาณการดื่มน้ำหรือของเหลวสำหรับผู้ป่วย เพราะอาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือภาวะขาดน้ำได้
5. เปลี่ยนแผ่นรองขับ เสื้อผ้า และผ้าปูเตียงทันทีเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง
6. ถ้าปัสสาวะมีกลิ่นหรือมีอาการปวดหรือแสบขณะปัสสาวะอาจมีการติดเชื้อ ให้พบแพทย์
7. การฝึกขับถ่ายปัสสาวะสามารถช่วยควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
8. สำหรับผู้ป่วยที่ปัสสาวะลำบาก บางครั้งอาจมีความจำเป็นต้องใช้สายสวนปัสสาวะ

## บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว หรือคนในสังคมซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในรูปแบบที่ห่างเหินกันมากขึ้น สังคมของผู้ป่วยแคบลง ผู้ป่วยจะเริ่มเกิดความเครียด เพราะฉะนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของครอบครัวที่เกิดขึ้น เมื่อคนในครอบครัวป่วยสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะต้องช่วยกันเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล ซึ่งทำให้เกิดภาระเพิ่มขึ้น เช่น การสูญเสียเวลา เศรษฐกิจ สังคม และความอิสระหรือความเป็นส่วนตัวลดลง การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การงาน และครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้ทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ เพราะฉะนั้นการเข้าใจในบทบาทของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลลดภาระในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาในการดูแลดังนี้

ในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการสังเกตพฤติกรรมและความรู้สึกเพื่อทำความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย ร่วมกับต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู ซึ่งสามารถเรียนรู้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย และฝึกความอดทน ผู้ป่วยหลังป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองต้องการเวลาในการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ท่านต้องส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยโดยให้เวลากับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง คิดเสมอว่าจุดประสงค์คือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้วการดูแลตนเองก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลไม่ดูแลตนเองอาจส่งผลให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสียไปด้วย

### การดูแลตนเองของผู้ดูแล<sup>(13)</sup>

1. จัดเตรียมแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วย ถ้าสามารถจ่ายได้อาจจ้างผู้ดูแลทางสุขภาพมาดูแล หรือถ้าไม่สามารถจ่ายได้ ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆที่พอมีเวลาว่างมาช่วยดูแล
2. คำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง การเป็นผู้ดูแลไม่ได้หมายความว่าต้องทุ่มเทเวลาทั้งหมดให้กับผู้ป่วย ต้องรู้ว่าเมื่อใดควรจะต้องพัก
3. มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ไม่ควรแยกตัวเอง หรือผู้ป่วยออกจากสังคม การเชิญเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆมาที่บ้านจะช่วยให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น
4. ดูแลความรู้สึกตัวเองโดยพูดคุยกับเพื่อนสนิท หรือผู้ที่มีภาระคล้ายๆ กันที่เขาสามารถฟังได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์พบว่าสามารถช่วยคลายเครียดได้
5. หยุดพักให้เวลากับตัวเองอย่างสม่ำเสมอสิ่งนี้อาจทำได้โดยการเดิน อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือการไปวัด เป็นต้น

6. ไม่ควรลังเลใจที่จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนถ้าต้องการพัก
7. ไม่ควรกังวลใจว่าผู้ป่วยจะล้มเหลวถ้าไม่มีคนคอยดูแล ควรพยายามที่จะส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วย
8. การให้คำปรึกษา ในบางครั้งผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หรือซึมเศร้า ในระยะนี้ควรรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ การแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอาจจะช่วยให้จัดการกับความยากลำบากต่างๆ ได้
9. ไม่ควรรู้สึกผิด หรือโทษตัวเองถ้าไม่สามารถทำได้ทุกอย่าง



### ทบทวนวรรณกรรม

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Melissa S. Denno <sup>(14)</sup>	2013	Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS), Bakas Caregiving Outcome Scale (BCOS), self reported anxiety and depression, Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)	ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2007-2009 ในผู้ดูแลจำนวน 153 คน	พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าในระดับรุนแรงเพิ่มขึ้น และยากที่จะทำให้ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามลดลง
Gary p. Epstein-lubow GP, Beevers CP,Bishop DS และ Miller IW <sup>(4)</sup>	2009	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, 3MS,NIHSS, FIM, GDS,SF-36, CES-D,FAD	การศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลันศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 250 คน	พบว่า 41 % ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า หลังจากคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน โดย 14% มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 27% อยู่ในระดับรุนแรง การทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่า 34%ของคู่สมรสมีปัญหาสุขภาพ และอาการซึมเศร้ามมีความสัมพันธ์กับเพศ สุขภาพ และการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแล

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Tomoko Morimoto, Andrea S. Schreiner และHitoshi Asano <sup>(15)</sup>	2003	Zarit Burden Interview (ZBI), Health – Related Quality of Life (HRQOL), Modified Barthel Index(MBI), GDS	การศึกษาความเป็นภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศญี่ปุ่นศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 100 คน ในโรงพยาบาลประสาท	พบว่าความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่คุณภาพชีวิตลดลง ความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเพิ่มเป็น 2 เท่าในผู้ดูแลที่สูงอายุ
Cameron, J. I. Cheung, A. M. Streiner, D. L. Coyte, P. C. Stewart, D. E. <sup>(16)</sup>	2006	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล,BPS, CAS, Caregiver Impact Scale, CES-D	ศึกษาพฤติกรรม และอาการทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหรือไม่ โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 94 คน	พบว่า 44.7% ของผู้ดูแลมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า และจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านความจำ และความเข้าใจ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีสิ่งรบกวนในการดำเนินชีวิต และไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Cameron, J. I. Cheung, A. M. Streiner, D. L. Coyte, P. C. Stewart, D. E. <sup>(17)</sup>	2011	telephone interviews at 1, 3, 6, and 12 months poststroke	ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลใน 2 ปีแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลจำนวน 399 คู่	พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดทางอารมณ์เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า และมีความบกพร่องทางความคิดและเมื่อผู้ดูแลเป็นเพศหญิงที่มีอายุน้อย, มีปัญหาสุขภาพ, การดูแลรบกวนการใช้ชีวิต, ผู้ดูแลไม่มีความชำนาญในการดูแล

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Kamel, A. A. Bond, A. E. Froelicher, E. S. <sup>(18)</sup>	2012	The Center of Epidemiologic Studies of Depression and the Caregiver Strain Index	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะนิสัยของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล เวลาที่ดูแลในแต่ละวัน ลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า และความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 116 คน	พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้คะแนนทดสอบภาวะซึมเศร้า และความเป็นภาระอยู่ในระดับสูง สุขภาพของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญ และความ เป็นภาระของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และการ ไร้ความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ก็มี ความเกี่ยวข้องกับความเป็นภาระของผู้ดูแลอีกด้วย
Jaracz K, Grabowska-Fudala B และ Kozubski <sup>(19)</sup>	2012	The Caregiver Burden Scale (CB), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Sense of Coherence Scale (SOC), Social Support Scale, Geriatric Depression Scale, Barthel Index and Scandinavian Stroke Scale	การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 150 คู่	ความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกเครียดทางอารมณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลที่ออกมาในทางลบของผู้ดูแล นั้นมีสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ ปัจจัยภายใน และ ไร้ความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Choi-Kwon, S. Kim, H. S. Kwon, S. U. Kim, J. S. <sup>(20)</sup>	2005	Patients' demographic data, neurologic symptoms, depression, emotional incontinence, and Modified Rankin Scale (MRS) score	การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเกาหลีใต้ ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 147 คน	พบว่าคะแนนความเป็นภาวะของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของประเทศทางตะวันตก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลมีดังนี้ เพศหญิง, การว่างงาน, ลูกสะใภ้, ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานหลายชั่วโมงต่อเนื่องกัน
King, R. B. Ainsworth, C. R. Ronen, M. Hartke, R. J. (21)	2010	Caregiver and stroke survivor demographic and well-being data	การศึกษาปัญหาในช่วง 1 เดือนแรกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 58 คน	พบว่า มี 3 ปัญหาหลักที่พบ คือ การสนับสนุนตนเองและครอบครัว, ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้ง 3 ปัญหานี้สัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการอย่างไม่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแล และปัญหานี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของความเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ



ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Park, B. Kim, S. Y. Shin, J. Y. และคณะ <sup>(22)</sup>	2013	The Hospital Anxiety and Depression Scale	การศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งประเทศเกาหลี	พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็น 82.2 % โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย (mind depression) 40.4 %, ในระดับปานกลาง (moderate depression) 25.5 % และในระดับรุนแรง (severe depression) 16.3 %
Schulz, R., McGinnis, K. A. <sup>(23)</sup>	2008	Mini-Mental State Examination (MMSE), activities of daily living (ADL), Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC), Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale	การศึกษางานวิจัยของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึง 63.4%

ชื่อผู้แต่ง	ปีที่พิมพ์	เครื่องมือที่ใช้	รายละเอียดในการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
Annie KM Mak, Ann Mackenzie, May HL Lui <sup>(24)</sup>	2007	Carer Assessment Scale, Cost of Care Index and one open-ended question. Modified Barthel Index	ศึกษาการเปลี่ยนแปลง ด้านความต้องการของ ผู้ดูแลชาวจีนหลังจากคน ในครอบครัวป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมอง ศึกษา ในผู้ดูแล 40 คน	ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความ ต้องการและปรับเปลี่ยน ความต้องการเบื้องต้นของ พวกเขาเองก่อนที่ผู้ป่วยจะ ออกจากโรงพยาบาล แต่ ปัจจัยที่สำคัญสำหรับความ ต้องการของผู้ดูแลที่ยังคง อยู่คือ ปัจจัยทางด้าน อารมณ์ ปัญหาทางด้าน จิตใจ และความยากลำบาก ทางการเงิน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional)

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

##### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรที่ศึกษา (Study Population) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษามีสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัย โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

##### หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (รวมเวลาดอนกลางคืน)
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

##### หลักเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีอาการทางจิตเวชระดับรุนแรง จนไม่สามารถเข้าใจ และร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
2. ไม่ยินยอมให้ทำการเก็บข้อมูล

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

โดยวิธีการเก็บตัวอย่างทุกรายที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก ในแผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา จนครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง

### ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P (1 - P)}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดตัวอย่าง

$P$  = ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อ้างอิงจากการศึกษาของ Gary p. Epstein-lubow และคณะ คือ 41% หรือเท่ากับ 0.41<sup>(4)</sup>

$d$  = ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ = 0.10

$Z_{\alpha}$  = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95%

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(0.41)(1 - 0.41)}{(0.10)^2}$$

$$n = 93 \text{ คน}$$

### การสังเกต และการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

#### 1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ปัจจัยส่วนบุคคล(ของผู้ดูแลผู้ป่วย)

- เพศ
- อายุ
- ศาสนา
- เชื้อชาติ

- อาชีพ
- สถานภาพ
- ระดับการศึกษา
- รายได้
- โรคประจำตัว
- การใช้สารเสพติด
- โรคทางจิตเวช

#### ปัจจัยทางด้านสังคม(ของผู้ดูแลผู้ป่วย)

- ภาระส่วนตัว
- การสนับสนุนทางการเงิน
- การสนับสนุนทางสังคม

#### ปัจจัยทางด้านจิตใจ(ของผู้ดูแลผู้ป่วย)

- การว่างงาน
- ความรู้สึกเป็นภาระ

#### ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยที่ดูแล

- สัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- ความรุนแรงของโรค
- ระดับการช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน
- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย/วัน
- ความสม่ำเสมอในการดูแล
- ปัญหาทางด้านพฤติกรรม และจิตใจ

#### 2. ตัวแปรตาม (Dependent variables)

- ภาวะซึมเศร้า

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้<sup>(25, 26)</sup>

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สัมพันธภาพของผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นต้น

2. แบบประเมินดัชนีบาร์เทลอินเด็กซ์ฉบับภาษาไทย (Barthel Index Thai version) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัดแปลงมาจาก Barthel Activity of Daily Living Index โดย ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ โดยฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบประเมินบาร์เทลที่ประเมินความน่าเชื่อถือได้ของการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยแบบประเมินบาร์เทลฉบับภาษาไทยระหว่างผู้รักษาอยู่ในระดับดีทั้งดัชนีการช่วยเหลือตนเอง (ICC=0.87) และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC=0.86) ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ดูแล และผู้รักษาอยู่ในระดับกลาง ทั้งดัชนีการช่วยเหลือตนเอง ดัชนีการเคลื่อนไหว และดัชนีการควบคุมการขับถ่าย (ICC=0.6, 0.7, 0.63 ตามลำดับ) โดยผู้ดูแลให้คะแนนการประเมินต่ำกว่าผู้รักษาตามเอกสารอ้างอิง<sup>(27)</sup> ซึ่งให้คะแนนในส่วนของการรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง เช่น หวีผม แต่งตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การควบคุมอุจจาระ และปัสสาวะ ซึ่งการให้คะแนนแบ่งออกเป็นส่วนๆ ดังนี้

- การเคลื่อนไหวร่างกาย แบ่งเป็น 4 คะแนน คือ  
0=ต้องช่วยตลอด    1=ต้องช่วยมาก    2=ต้องช่วยเล็กน้อย    3=ไม่ต้องช่วยเลย
- การกิน การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การขึ้น-ลงบันได แบ่งเป็น 3 คะแนน คือ  
0=ต้องช่วยตลอด    1=ต้องช่วยบ้าง    2=ไม่ต้องช่วยเลย
- การทำความสะอาด การอาบน้ำ แบ่งเป็น 3 คะแนน คือ  
0=ต้องช่วยตลอด    1=ต้องช่วยมาก    2=ไม่ต้องช่วยเลย

แบ่งรวมคะแนนจาก 0-20 score : 0-4 = total dependence 5-8=severe dependent

9-11=moderate dependent 12-19=mild dependent 20=independent

## การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

3. แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview Thai version) สร้างโดย Dr. Steven H. Zarit เป็นผู้พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้น และนำมาพัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา-ดุขฎี ทูลศิริ และคณะ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน โดยได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามแล้วมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.39-0.73 การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีโครงสร้างองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9, 0.86, 0.78, และ 0.72 ตามลำดับ<sup>(28)</sup>

#### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนามาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ของ Brandt and Weinert เป็น self-rating 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ พิจารณา 5 องค์ประกอบ คือ

การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ข้อ 6, 8, 9, 16, 18

การได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำ (assistance and guidance) ข้อ 4, 14, 15, 22, 25

การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity for nurturance) ข้อ 7, 12, 17, 21, 24

การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (self-worth) ข้อ 2, 3, 5, 13, 23

ความผูกพันใกล้ชิด (intimacy) ข้อ 1, 10, 11, 19, 20

คำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25) ให้คะแนนดังนี้

0 = ไม่จริงเลย 1 = จริงเล็กน้อย 2 = จริงปานกลาง 3 = จริงมาก 4 = จริงมากที่สุด

คำถามเชิงลบ (ข้อ 4, 7, 10, 16, 24) ให้คะแนนดังนี้

0 = จริงมากที่สุด 1 = จริงมาก 2 = จริงปานกลาง 3 = จริงเล็กน้อย 4 = ไม่จริงเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	คือ มีคะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดบางส่วน เพียงเบนมาตรฐาน
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	คือ มีคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับ ส่วนเพียงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบบ กับส่วนเพียงเบนมาตรฐาน
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	คือ มีคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับ ส่วนเพียงเบนมาตรฐาน

การศึกษาคุณภาพของเครื่องมือพบว่า เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมีคุณภาพเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิจัย โดยอรสา โชคชัยนันท์ ได้นำเครื่องมือที่แปลมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มาขอรับการรักษาต้อกระจก ณ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 40 คน ได้ค่าความเชื่อเท่ากับ 0.904 (โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค Cronbach's alpha coefficients)<sup>(29)</sup>

#### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

5. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) ฉบับภาษาไทย<sup>(30, 31)</sup> มุกดา ศรียงค์ ได้แปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทย และหาความเชื่อมั่นกับคนที่มึลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .82 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยคำตอบที่ได้จะนำมาให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนน แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

0 - 9 คะแนนปกติ (Normal range)

10 - 15 คะแนนมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild - depression)

16 - 19 คะแนนมีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Mild – moderate depression)

20 - 29 คะแนนมีอาการซึมเศร้ามาก (Moderate – severe depression)

30 - 36 คะแนนมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

ถ้าได้คะแนนโดยรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีปัญหาควรได้รับคำแนะนำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต



### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อหัวหน้าแผนกอายุรกรรมประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมประสาท หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู และเจ้าหน้าที่เพื่อขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล
4. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้วิจัยให้คำอธิบาย ตอบข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้
5. ในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้คะแนนจากการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (BDI-II) ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จะแนะนำและส่งไปพบจิตแพทย์เพื่อที่จะรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
  - ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินดัชนีบาร์เทลินเด็กซ์ แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า
  - เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามโดยจะใช้ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ แผนกอายุรกรรมประสาท หรือแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20.0 (statistical package for social science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการศึกษา นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ และภาวะ ซึมเศร้าเป็นความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อสรุปผลของประชากร และดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ และใช้สถิติทดสอบ unpaired หรือ independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ มิถุนายน 2557 ถึง ตุลาคม 2557 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 ราย

ผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งนำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

1.3 คะแนนจากแบบสอบถาม Barthel Activity of Daily Index, Zarit Burden Interview, Social Support, Beck Depression Inventory

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ Logistic regression analysis

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล (n=96)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	11.5
หญิง	85	88.5
อายุ (mean= 50.74, SD= 12.70: min= 20 max= 80)		
ไม่เกิน 30 ปี	6	6.3
31 – 40 ปี	16	16.6
41 – 50 ปี	30	31.3
51 – 60 ปี	22	22.9
ตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป	22	22.9
สถานภาพ		
โสด	38	39.6
สมรส/คู่	51	53.1
หม้าย	4	4.2
หย่า	1	1.0
แยกกันอยู่	2	2.1
ศาสนา		
พุทธ	95	99.0
คริสต์	0	0.0
อิสลาม	1	1.0
เชื้อชาติ		
ไทย	92	95.8
จีน	4	4.2

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ	6	6.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	19	19.7
รัฐวิสาหกิจ	2	2.1
รับจ้าง	7	7.3
ข้าราชการบำนาญ	3	3.1
บริษัทเอกชน	12	12.5
อื่นๆ	33	34.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	14.6
รายได้(Median=20,000, IQR=10,500 – 32,250:min=600,max=150,000) n= 76		
ไม่เกิน 10,000 บาท	19	25.0
10,001 – 20,000 บาท	25	32.9
20,001 – 30,000 บาท	13	17.1
มากกว่า 30,000 บาท	19	25.0
ค่าตอบแทนจากการดูแล		
ไม่ได้รับค่าตอบแทน	86	89.58
ได้รับค่าตอบแทน	10	10.42
ค่าตอบแทนจากการดูแล (mean=8,070, IQR=4,125 – 10,000 : min=1,200, max=18,000) n=10		
ไม่เกิน 5,000 บาท	4	40.0
5,001 – 10,000 บาท	5	50.0
มากกว่า 10,000 บาท	1	10.0
ความเพียงพอของรายได้		
รายได้เพียงพอ และมีเหลือเก็บ	40	41.7
รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ	31	32.3
รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	13	13.5
รายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	12	12.5

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	12.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	16.7
อนุปริญญา/ปวส.	14	14.6
ปริญญาตรี	44	45.8
ปริญญาโท	6	6.3
ปริญญาเอก	1	1.0
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	57	59.4
ต่างจังหวัด	39	40.6
ที่อยู่อาศัย		
กรุงเทพมหานคร	72	75.0
ต่างจังหวัด	24	25.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	28	29.2
บิดา/มารดา	2	2.1
พี่ชาย/พี่สาว	3	3.1
น้องชาย/น้องสาว	6	6.3
บุตร	54	56.2
อื่นๆ	3	3.1
ระยะเวลาที่ผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(ปี) (mean=4.45, SD=5.17 : min=0.08 ,max=25)		
ไม่เกิน 1 ปี	25	26.1
1 ปีขึ้นไป – 3 ปี	27	28.1
มากกว่า 3 ปี	44	45.8

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<p>ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>6.00 – 12.00 น.</p> <p>12.00 – 18.00 น.</p> <p>18.00 – 24.00 น.</p> <p>24.00 – 6.00 น.</p>	<p>74</p> <p>73</p> <p>89</p> <p>75</p>	<p>77.1</p> <p>76.0</p> <p>92.7</p> <p>78.1</p>
<p>จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (mean=18.00, SD=6.97 : min=6.00 ,max=24)</p> <p>มากกว่า 18 ชั่วโมง</p> <p>น้อยกว่า 18 ชั่วโมง</p>	<p>44</p> <p>52</p>	<p>45.8</p> <p>54.2</p>
<p>จำนวนครั้งที่ต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน</p> <p>ไม่ตื่น</p> <p>1 ครั้ง</p> <p>2 ครั้ง</p> <p>3 ครั้ง</p> <p>มากกว่า 3 ครั้ง</p>	<p>46</p> <p>15</p> <p>22</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>47.9</p> <p>15.6</p> <p>22.9</p> <p>6.3</p> <p>7.3</p>
<p>เวลาเข้านอน</p> <p>18.00 – 20.00</p> <p>20.01 – 22.00</p> <p>22.00 – 24.00</p> <p>24.00 ขึ้นไป</p>	<p>6</p> <p>39</p> <p>43</p> <p>8</p>	<p>6.3</p> <p>40.6</p> <p>44.8</p> <p>8.3</p>
<p>จำนวนชั่วโมงที่นอน (mean=6.20, SD=1.48 : min=2 ,max=9)</p> <p>ไม่เกิน 5 ชั่วโมง</p> <p>มากกว่า 5 ชั่วโมง</p>	<p>25</p> <p>71</p>	<p>26.0</p> <p>74.0</p>

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี) (mean=6.20, SD=1.48 : min=2.0 ,max= 9.0)	27	28.1
ไม่เกิน 1 ปี	15	15.6
1 ปีขึ้นไป – 2 ปี	26	27.1
2 ปีขึ้นไป – 4 ปี	28	29.2
มากกว่า 4 ปี		
มีผู้ช่วยดูแลหรือไม่		
ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย	30	31.3
มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย	66	68.7
ภาระส่วนตัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่ท่านเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีบุตรที่ต้องดูแล	32	33.3
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของครอบครัว	46	47.9
อื่นๆ	15	15.6
ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจมากที่สุด		
ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้	13	13.5
ผู้ป่วยแขน และขาอ่อนแรง พอเดินได้โดยมีผู้ช่วยพยุง	15	15.6
ผู้ป่วยอจุจาระ ปัสสาวะราด	5	5.2
ผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง	16	16.7
ผู้ป่วยก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย	6	6.3
ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า	2	2.1
อื่นๆ	11	11.4
ไม่มีปัญหาใดเลย	28	29.2

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศชายร้อยละ 11.5 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 31.3) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.1) ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.0) เชื้อชาติส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 95.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 14.6) ค่าตอบแทนที่ได้จากการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง



5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 50) คนที่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท (ร้อยละ 32.9) ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ และมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 41.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.8) ภูมิลำเนาส่วนใหญ่เป็นคนจังหวัดกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 59.4) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 75.0) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 56.2) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 45.8) ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18.00 – 24.00 น. (ร้อยละ 92.7) ส่วนใหญ่ไม่ต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน (ร้อยละ 47.9) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้านอนอยู่ในช่วง 22.00 – 24.00 น. (ร้อยละ 44.8) ส่วนใหญ่นอนโดยเฉลี่ยมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 74.0) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 29.2) ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 68.7) ภาระส่วนตัวที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบคือต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของครอบครัว (ร้อยละ 47.9) และผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าไม่มีปัญหาที่รู้สึกหนักใจประเด็นใดเลย (ร้อยละ 29.2) แต่มีประเด็นที่ผู้ดูแลบางส่วนรู้สึกหนักใจมากที่สุดคือผู้ป่วยผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง (ร้อยละ 16.7)

### ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและ ร้อยละ ของข้อมูลด้านสุขภาพ (N=96)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	48	50.0
มีโรคประจำตัว ตอบได้มากกว่า 1ข้อ ข้อ	48	50.0
- ความดันโลหิตสูง	22	22.9
- ไชมันในเลือดสูง	14	14.6
- โรคเบาหวาน	10	10.4
- โรคหัวใจ	3	3.1
- โรคหลอดเลือดสมอง	2	2.1
- โรคอื่นๆ	22	22.9

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้สารเสพติด	89	92.7
ใช้สารเสพติด	7	7.3
บุหรี่	4	4.2
แอลกอฮอล์	2	2.1
กาแฟ	1	1.0
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช		
ไม่มี	94	97.9
มี	2	2.1
การรักษาโรคซึมเศร้า		
ไม่เคยได้รับการรักษา	93	96.9
เคยได้รับการรักษา	3	3.1
ความคิดอยากฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	88	91.7
เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	8	8.3

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.0) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 92.7) ไม่มีโรคทางจิตเวชเดิมมาก่อน (ร้อยละ 97.9) ไม่เคยได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 96.9) และไม่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 91.7) มี 3 รายที่เคยได้รับการรักษาโรคซึมเศร้ามาก่อน

**คะแนนจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory, Barthel Activity of Daily Index, Zarit Burden Interview, Social Support ของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 4.3 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory โดยจัดกลุ่มตามคะแนน (Mean=9.73 SD=7.81 Min=0 Max=37)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน) N=96	ร้อยละ (%)
ปกติ	53	55.2
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย	30	31.3
มีอาการซึมเศร้าปานกลาง	5	5.1
มีอาการซึมเศร้ามาก	4	4.2
มีอาการซึมเศร้ารุนแรง	4	4.2

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 55.2 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.8 ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.3

ตารางที่ 4.4 แสดงดัชนีบาร์เทล อินเด็กซ์ (Barthel Activity of Daily Index Thai version) (Mean=11.05 SD=6.84 Min=0 Max=20)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน) N=96	ร้อยละ (%)
Total dependence	25	26.0
Severe dependence	9	9.4
Moderate dependence	9	9.4
Mild dependence	42	43.8
Independence	11	11.4

จากตารางที่ 4.4 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ Mild dependence ร้อยละ 43.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รองมาได้แก่ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ Total dependence (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ 26.0

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าคะแนน ความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามช่วงคะแนน (Mean=28.75 SD=15.72 Min=0 Max=67)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน) N=96	ร้อยละ (%)
ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ	30	35.4
ความรู้สึกเป็นภาระน้อย	40	41.7
ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง	17	17.7
ความรู้สึกเป็นภาระมาก	5	5.2

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับ ความรู้สึกเป็นภาระน้อย ร้อยละ 41.7 รองมาได้แก่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 35.4

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามช่วงคะแนน (Mean=66.19 SD=15.38 Min=17 Max=99)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน) N=96	ร้อยละ (%)
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	12.5
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	72	75.0
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	12	12.5

จากตารางที่ 4.6 พบว่าผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 75 ซึ่งค่านี้ได้มาจากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจาก Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง หมายถึง ผู้ดูแลซึ่งมีคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ chi-Square และFisher's Exact

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	7	63.6	4	36.4		0.75 <sup>a</sup>
หญิง	46	54.1	39	45.9		
อายุ (ปี)					2.76	0.43
≤ 40	15	68.2	7	31.8		
41 – 50	14	46.7	16	53.3		
51 – 60	11	50.0	11	50.0		
>60	13	59.1	9	40.9		
สถานภาพ					0.79	0.38
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	27	60.0	18	40.0		
สมรส/คู่	26	51.0	25	49.0		
ศาสนา						
พุทธ	52	54.7	43	45.3		1.00 <sup>a</sup>
อิสลาม	1	100.0	0	0.0		
เชื้อชาติ						
ไทย	51	55.4	41	44.6		1.00 <sup>a</sup>
จีน	2	50.0	2	50.0		
อาชีพ					2.06	0.56
ไม่ประกอบอาชีพ	6	42.9	8	57.1		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	7	63.6	4	36.4		
ลูกจ้าง/เอกชน/อื่นๆ	31	59.6	21	40.4		
ธุรกิจส่วนตัว	9	47.4	10	52.6		
รายได้						
ไม่มีรายได้	9	45.0	11	55.0	1.07	0.30
มีรายได้	44	57.9	32	42.1		

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
จำนวนรายได้						
≤10,000	11	57.9	8	42.1	5.03	0.17
10,001-20,000	13	52.0	12	48.0		
20,001-30,000	11	84.6	2	15.4		
>30,000	9	47.4	10	52.6		
ค่าตอบแทนจากการดูแล						
ไม่ได้	46	53.5	40	46.5		0.50 <sup>a</sup>
ได้	7	70.0	3	30.0		
ความเพียงพอของรายได้						
รายได้เพียงพอ และมีเหลือเก็บ	30	75.0	10	25.0	16.69	0.001**
รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ	17	54.8	14	45.2		
รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	4	30.8	9	69.2		
รายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	2	16.7	10	83.3		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	33.3	8	66.7	2.89	0.24
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	12	63.2	7	36.8		
อุดมศึกษา	37	56.9	28	43.1		
ภูมิลำเนา						
กรุงเทพมหานคร	33	57.9	24	42.1	0.41	0.52
ต่างจังหวัด	20	51.3	19	48.7		
ที่อยู่อาศัย						
กรุงเทพมหานคร	40	55.6	32	44.4	0.01	0.91
ต่างจังหวัด	13	54.2	11	45.8		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
คู่สมรส	12	42.9	16	57.1	3.19	0.20
บิดา/มารดา/พี่/น้อง/ลุง/ป้า/น้า/อา/ หลาน	7	50.0	7	50		
บุตร	34	63.0	20	37.0		
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง						
≤ 1 ปี	16	64.0	9	36.0	1.27	0.53
1 ปีขึ้นไป - 3 ปี	15	55.6	12	44.4		
> 3 ปี	22	50.0	22	50.0		

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 6.00 – 12.00 น. ไม่ใช่ ใช่	14 39	63.6 52.7	8 35	36.4 47.3	0.82	0.37
ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 12.00 – 18.00 น. ไม่ใช่ ใช่	15 38	65.2 52.1	8 35	34.8 47.9	1.23	0.27
ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 18.00 – 24.00 น. ไม่ใช่ ใช่	5 48	71.4 53.9	2 41	28.6 46.1		0.45 <sup>a</sup>
ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 24.00 – 6.00 น. ไม่ใช่ ใช่	14 39	66.7 52.0	7 36	33.3 48.0	1.43	0.23
ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 1 ช่วง 2 ช่วง 3 ช่วง 4 ช่วง	3 15 9 26	60.0 75.0 50.0 49.1	2 5 9 27	40.0 25.0 50.0 50.9	4.22	0.238
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มากกว่า 18 ชั่วโมง น้อยกว่า 18 ชั่วโมง	27 26	61.4 50.0	17 26	38.6 50.0	1.25	0.27
ต้องตื่นตอนกลางคืนเพื่อดูแลผู้ป่วย ไม่ตื่น ตื่น	29 24	63.0 48.0	17 26	37.0 52.0	2.19	0.14
จำนวนครั้งที่ต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน ไม่ตื่น 1-2 3-4	29 19 5	63.0 51.4 38.5	17 18 8	37.0 48.6 61.5	2.84	0.24

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เวลาเข้านอน ≤ 22.00 น. > 22.00 น.	28 25	62.2 49.0	17 26	37.8 51.0	1.69	0.19
จำนวนชั่วโมงที่นอน ไม่เกิน 5 ชั่วโมง มากกว่า 5 ชั่วโมง	7 46	28.0 64.8	18 25	72.0 35.2	10.12	0.001**
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ไม่เกิน 1 ปี 1ปีขึ้นไป – 2 ปี 2ปีขึ้นไป – 4 ปี มากกว่า 4 ปี	17 4 16 16	63.0 26.7 61.5 57.1	10 11 10 12	27.0 73.3 38.5 42.9	6.06	0.11
มีผู้ช่วยดูแลหรือไม่ ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย	17 36	56.7 54.5	13 30	43.3 45.5	0.04	0.85
ภาระส่วนตัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่ท่าน เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีบุตรที่ต้องดูแล ไม่ใช่ ใช่	36 17	56.2 53.1	28 15	43.8 46.9	0.08	0.77
ภาระส่วนตัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่ท่าน เป็นผู้รับผิดชอบหลัก รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของครอบครัว ไม่ใช่ ใช่	30 23	60.0 50.0	20 23	40.0 50.0	0.97	0.33
ภาระส่วนตัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่ท่าน เป็นผู้รับผิดชอบหลัก อื่นๆ ไม่ใช่ ใช่	46 7	56.8 46.7	35 8	43.2 53.3	0.53	0.47
ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ ไม่มี มี	22 31	78.6 45.6	6 37	21.4 45.4	8.73	0.003**



ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ						
ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้	6	50.0	6	50.0	14.22	0.05
ผู้ป่วยแขน และขาอ่อนแรง พอเดินได้ โดยมีผู้ช่วยพยุง	8	53.3	7	46.7		
ผู้ป่วยอุจจาระ ปัสสาวะรด	4	80.0	1	20.0		
ผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง	5	35.7	9	64.3		
ผู้ป่วยก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย	2	33.3	4	66.7		
ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า	0	0.0	2	100.0		
อื่นๆ	6	42.9	8	57.1		
ไม่มีปัญหาใดเลย	22	78.6	6	21.4		
ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ						
มีปัญหาพฤติกรรม หรือการสื่อสาร	9	37.5	15	62.5	4.06	0.04*
- ผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง - ผู้ป่วยก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย - ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า						
ไม่มีปัญหาพฤติกรรม หรือการสื่อสาร	44	61.1	28	38.9		
ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ						
มีปัญหาโรคทางกาย	22	50.0	22	50.0	0.89	0.345
- ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ - ผู้ป่วยแขน และขาอ่อนแรง พอเดินได้ โดยมีผู้ช่วยพยุง						
- ผู้ป่วยอุจจาระ ปัสสาวะรด						
ไม่มีปัญหาโรคทางกาย	31	59.6	21	40.4		

\* p<0.05      \*\*p<0.01      a= Fisher's Exact

จากตารางที่ 4.7 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจด้าน ปัญหาพฤติกรรม หรือการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 และความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่นอน ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.01 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล

อื่นๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนครั้งที่ต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน เวลาเข้านอน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ภาระส่วนตัว นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย และประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจด้านปัญหาโรคทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ chi-Square และFisher's Exact

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	31	64.6	17	35.4	3.41	0.07
มีโรคประจำตัว	22	45.8	26	54.2		
การใช้สารเสพติด						
ไม่ใช้สารเสพติด	50	56.2	39	43.8		0.70 <sup>a</sup>
ใช้สารเสพติด	3	42.9	4	57.1		
แอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	52	55.3	42	44.7		1.00 <sup>a</sup>
ดื่ม	1	50.0	1	50.0		
บุหรี่						
ไม่สูบ	51	55.4	41	44.6		1.00 <sup>a</sup>
สูบ	2	50.0	2	50.0		
กาแฟ						
ไม่ดื่ม	53	55.8	42	44.2		0.45 <sup>a</sup>
ดื่ม	0	0.0	1	100.0		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช						
ไม่มี	53	56.4	41	43.6		0.20 <sup>a</sup>
มี	0	0.0	2	100.0		
การรักษาโรคซึมเศร้า						
ไม่เคยได้รับการรักษา	53	57.0	40	43.0		0.09 <sup>a</sup>
เคยได้รับการรักษา	0	0.0	3	100.0		

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความคิดอยากฆ่าตัวตาย						
ไม่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	51	58.0	37	42.0		0.13 <sup>a</sup>
เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	2	25.0	6	75.0		

a= Fisher's Exact

จากตารางที่ 4.8 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ บุหรี่ กาแฟ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช การรักษาโรคซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ chi-Square

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
แรงสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	3	25.0	9	75.0	8.27	0.016*
ปานกลาง	40	55.6	32	44.4		
สูง	10	83.3	2	16.7		

\*p<0.05

จากตารางที่ 4.9 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้า 9 คนคิดเป็นร้อยละ 75.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีภาวะซึมเศร้า 32 คนคิดเป็นร้อยละ 44.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 40 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมีภาวะซึมเศร้า 2 คนคิดเป็นร้อยละ 16.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน

คิดเป็นร้อยละ 83.3 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ chi-Square

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้สึกเป็นภาระ						
ไม่รู้สึกเป็นภาระ	29	85.3	5	14.7	25.09	0.000***
รู้สึกเป็นภาระน้อย	20	50.0	20	50.0		
รู้สึกเป็นภาระปานกลาง	3	17.6	14	82.4		
รู้สึกเป็นภาระมาก	1	20.0	4	80.0		

\*\*\* $p < 0.001$

จากตารางที่ 4.10 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกเป็นภาระมาก มีภาวะซึมเศร้า 4 คนคิดเป็นร้อยละ 80.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง มีภาวะซึมเศร้า 14 คนคิดเป็นร้อยละ 82.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกเป็นภาระน้อยมีภาวะซึมเศร้า 20 คนคิดเป็นร้อยละ 50.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระมีภาวะซึมเศร้า 5 คนคิดเป็นร้อยละ 14.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 29 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 พบว่าความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ chi-Square

ปัจจัยศึกษา (n=96)	ภาวะซึมเศร้า				X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง						
Total dependence	14	56.0	11	44.0	6.82	0.03**
Severe/ Moderate/ Mild	29	48.3	31	51.7		
Independence	10	90.9	1	9.1		

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 4.11 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับ Total dependence มีภาวะซึมเศร้า 11 คนคิดเป็นร้อยละ 44.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 11 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับ Severe dependence / Moderate dependence / Mild dependence มีภาวะซึมเศร้า 31 คนคิดเป็นร้อยละ 51.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 29 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับ Independence มีภาวะซึมเศร้า 1 คนคิดเป็นร้อยละ 9.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.01

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย Multivariate logistic regression analysis

#### ขั้นตอนการวิเคราะห์

1. นำตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จาก Univariate analysis มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity)

พบว่า ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. นำตัวแปรดังต่อไปนี้เข้าสมการ logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio คือ
  1. ความเพียงพอของรายได้
  2. จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ
  3. การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
  4. ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ
  5. การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย
  6. แรงสนับสนุนทางสังคม
  7. ความรู้สึกเป็นภาระ

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ Simple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward likelihood ratio

ปัจจัยที่ศึกษา	b	S.E(b)	p-value	Crude OR (95% CI)
ความเพียงพอของรายได้				
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	0.904	0.513	0.078	2.47(0.90-6.76)
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	1.910	0.703	0.007	6.75(1.70-26.78)
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	2.708	0.856	0.002	15.00(2.80-80.36)
จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ				
น้อยกว่าเท่ากับ5 โมง	1.554	0.510	0.002	4.73(1.74-12.86)
การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย				
มีปัญหา	1.476	0.521	0.005	4.376(1.58-12.15)
ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความ				
หนักใจ	0.963	0.486	0.048	6.619(1.01-6.79)
มีปัญหาพฤติกรรม หรือการสื่อสาร				
- ผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง				
- ผู้ป่วยก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย				
- ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า				
การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย				
Independent	2.061	1.124	0.067	7.86(0.87-71.06)
Mild dependent	2.006	1.256	0.018	20.00(1.68-238.63)
Moderate dependent	2.526	1.245	0.042	22.5(1.089-143.43)
Severe dependent	2.207	1.093	0.044	9.09(1.07-77.49)
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ต่ำ	2.708	1.022	0.008	15.00(2.02-111.17)
ปานกลาง	1.386	0.810	0.087	4.00(0.82-19.57)
ความรู้สึกเป็นภาระ				
Mild burden	1.758	0.578	0.002	5.80(1.87-18.02)
Moderate burden	3.298	0.800	0.000	27.07(5.65-129.72)
Severe burden	3.144	1.218	0.010	23.20(2.13-252.69)

จากตารางที่ 4.12 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple logistic regression โดยควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward likelihood ratio พบว่า ความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเป็นภาระ เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบปัญหาว่า

1. การมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับ Severe มีค่า OR น้อยกว่าในระดับ Moderate
2. ค่าCrudeOR(95% CI) มีค่ากว้างมาก

จึงพิจารณาเลือกรวมข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่ม1	กลุ่ม2
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย	Independen	dependence
แรงสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	ปานกลางและสูง
ความรู้สึกเป็นภาระ	มีภาระ	ไม่มีภาระ

และใช้สถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward likelihood ratio สร้างเป็น ตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward likelihood ratio

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E(b)	p-value	Adjusted OR (95% CI)
ความเพียงพอของรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ	1.434	0.592	0.015	4.20(1.31-13.39)
จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ น้อยกว่าเท่ากับ5 ชั่วโมง	1.616	0.615	0.009	5.03(1.51-16.80)
ความรู้สึกเป็นภาระ มีภาระ	2.203	0.621	0.000	9.05(2.68-30.55)



จากตารางที่ 4.13 พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่รายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงเป็น 4.20 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่รายได้เพียงพอ

จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับน้อยกว่าเท่ากับ 5 ชั่วโมง มีความเสี่ยงเป็น 5.03 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ดูแลนอนหลับมากกว่า 5 ชั่วโมง

การมีความรู้สึกเป็นภาระ มีความเสี่ยงเป็น 9.05 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ

สรุปปัจจัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก Univariate analysis มี 7 ปัจจัย ดังนี้

1. ความเพียงพอของรายได้
2. จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ
3. การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
4. ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ
5. การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย
6. แรงสนับสนุนทางสังคม
7. ความรู้สึกเป็นภาระ

เมื่อนำปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัยข้างต้น ไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward likelihood ratio จะได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปัจจัย คือ

1. ความเพียงพอของรายได้
2. จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ
3. ความรู้สึกเป็นภาระ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินดัชนีบาร์เทลินเด็กซ์ฉบับภาษาไทย (Barthel Index Thai version) แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview Thai version) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า(Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA)) ฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20.0 (statistical package for social science) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย , ร้อยละ , ความถี่ , ค่าต่ำสุด , ค่าสูงสุด , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ chi-Square ,Fisher’s Exact เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 96 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 31.3 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 95.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.0 สถานภาพสมรส คือแต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.1 ภูมิลำเนา และที่อยู่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 59.4 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 85.4 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 32.9 ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 14.6 จะได้ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.7 ภาระส่วนตัวที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบ คือต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของครอบครัว ร้อยละ 47.9 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาที่รู้สึกหนักใจในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 70.8 และประเด็นที่ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 16.7

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 45.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 56.2 ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 18.00 – 24.00 น. ร้อยละ 92.7 และเข้านอนเวลา 22.00 -24.00 น. ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่ไม่ต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน ร้อยละ 47.9 ผู้ดูแลนอนโดยเฉลี่ยมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 74.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมา มากกว่า 4 ปี ร้อยละ 29.2 และมีคนช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ร้อยละ 68.7

### **ปัจจัยทางคลินิกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ เช่น ภูมิแพ้ ไมเกรน ไขมันในเลือด โรคกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน กระดูกเสื่อม และมะเร็ง เท่ากันคือ ร้อยละ 22.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 92.7 แต่ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด พบว่าผู้ดูแลใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ และกาแฟ ร้อยละ 7.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 97.9 ไม่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 91.7 และไม่เคยมีประวัติได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า ร้อยละ 96.9

### **ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.8 โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.3 ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.2 ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 4.2 ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 4.2 และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 55.2

### **ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระ คิดเป็นร้อยละ 64.6 โดยมีความรู้สึกเป็นภาระน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.7 ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.7 ความรู้สึกเป็นภาระมาก คิดเป็นร้อยละ 5.2 และไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ คิดเป็นร้อยละ 35.4

### **แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.5 แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 12.5

### ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 43.8 ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.4 ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 9.4 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย คิดเป็นร้อยละ 26 และผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 11.5

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยทดสอบด้วยสถิติ chi-Square และ Fisher's Exact พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจด้านปัญหาพฤติกรรม หรือการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่นอน ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความหนักใจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยด้านความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับ การเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระ ไป

วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ แบบโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงเป็น 4.20 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รายได้เพียงพอ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลนอนหลับน้อยกว่าเท่ากับ 5 ชั่วโมง มีความเสี่ยงเป็น 5.03 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ดูแลนอนหลับมากกว่า 5 ชั่วโมง การมีความรู้สึกเป็นภาระ มีความเสี่ยงเป็น 5.03 เท่า ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ

### การอภิปรายผล

คนในครอบครัว หรือคู่สมรสที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ ย่อมได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ร้อยละ 44.8 ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า โดยพบในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.3 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.2 ในระดับมากและระดับรุนแรงมีค่าเท่ากัน คือร้อยละ 4.2 ซึ่งในประเทศไทยยังมีผู้ที่ศึกษาประเด็นนี้เป็นจำนวนน้อย แต่พบว่ามีงานวิจัยในต่างประเทศศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลันโดย Gary p. Epstein-lubow GP, Beevers CP, Bishop DS และ Miller IW ปี 2009 พบว่า 41 % ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า หลังจากคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน<sup>(4)</sup> และจากการศึกษาอาการทางด้านพฤติกรรม และจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดย Cameron JI, Cheung AM และ Streiner DL ปี 2006 ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 94 คน พบว่า 44.7% ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (Major depression) และภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม และมีอาการทางจิต<sup>(16)</sup> ซึ่งมีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกัน

แต่โดยเฉลี่ยแล้วพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ในประชากรผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 20-40 และจากผลการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทย โดยธรรณินทร์ กองสุข และคณะ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.4 (ประมาณ 1,311,797 คน) และซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 0.3 (ประมาณ 181,809 คน)<sup>(9)</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าของคนทั่วไปกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย

มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.8 ซึ่งสูงกว่าของคนทั่วไป จึงอธิบายได้ว่าเนื่องจากอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่แตกต่างกัน สถานที่การเก็บข้อมูล ความแตกต่างกันทางด้านคำจำกัดความของโรคซึมเศร้า หรือภาวะซึมเศร้า กลุ่มประชากรที่ศึกษา รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจะทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

และเมื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งประเทศเกาหลี ปี2013 โดย Park, B.Kim, S. Y. และคณะ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็น 82.2 % โดยอยู่ในระดับเล็กน้อย(mild depression) 40.4 %, ในระดับปานกลาง (moderate depression) 25.5 % และในระดับรุนแรง (severe depression) 16.3 %<sup>(22)</sup> และจากการศึกษางานวิจัยของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม(dementia) กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ปี2008โดยSchulz, R., McGinnis, K. A. และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึง 63.4%<sup>(23)</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยครั้งนี้ จึงพออธิบายได้ว่าโรคเรื้อรังที่ต่างกันทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามีค่าแตกต่างกัน โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าร้อยละที่ต่ำกว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคสมองเสื่อม แต่สูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าประชาชนทั่วไป โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาในรายละเอียด ดังนี้

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้สึกเป็นภาระที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ Balhara, Y. P., Verma, R. และSharma, S. และของ Denno, M. S., Gillard, P. J. และGraham, G. D. พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเพิ่มความรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแล ซึ่งทำให้ระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น<sup>(32, 33)</sup> ซึ่งผู้ดูแลไม่เพียงแต่ต้องดูแลผู้ป่วยเท่านั้น อาจจะต้องดูแลครอบครัวของตนเอง รับผิดชอบภาระเรื่องงาน ค่าใช้จ่าย หรือหนี้สินของตนเองซึ่งเป็นภาระสำหรับตัวผู้ดูแลทั้งสิ้น

ความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย Kim, S. S. และการศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการของผู้ดูแลชาวจีนหลังจากคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของ Annie KM Mak พบว่าความลำบากทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย<sup>(24, 34)</sup> และจากการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 38 คน

ของ Printz-Feddersen, V. พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยตัวเองได้ในระดับปานกลางสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงของผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอ ระดับความรู้สึกเป็นภาระจะสูงขึ้น และส่งผลทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นด้วย<sup>(35)</sup> เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าครอบครัวไม่มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอหรือไม่มีสิทธิในการรักษาทางด้านการพยาบาลจะทำให้เกิดภาระเพิ่มขึ้น เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การนอนหลับที่น้อยกว่า 5 ชั่วโมงของผู้ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุทางชีวภาพเนื่องจากความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology) ได้แก่ การตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) หรือตื่นช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ใช้เวลาในการเริ่มนอนนาน (delayed sleep onset) การสั้นลงของ rapid eye movement (REM) period แรกที่ยาวขึ้น (longer first REM period) การพบ delta wave ที่ผิดปกติไป (abnormal delta wave) และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle)<sup>(11)</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาการนอน ความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะซึมเศร้า และสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดย Rittman, M., Hinojosa, M. S. และ Findley, K. พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคือ การนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ต้องใช้ยานอนหลับ และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สุขภาพเสื่อมลงอีกด้วย<sup>(36)</sup> อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการพักผ่อนไม่เพียงพอเป็นระยะเวลาานาน ส่งผลให้เกิดความเครียด อารมณ์หงุดหงิด อ่อนเพลีย สุขภาพกาย และจิตเสีย และต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาานานขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความคิดหมدหวังต่ออนาคต ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจอร์แดนโดย Kamel, A. A., Bond, A. E. และ Froelicher, E. S. พบว่าความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>(18)</sup> และการศึกษาของ Printz-Feddersen, V. ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยตัวเองได้ในระดับปานกลางสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงของผู้ดูแล<sup>(35)</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sreedharan, S. E., Unnikrishnan, J. P. และ Amal, M. G. ที่ว่าความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำงาน และเข้าสังคมไม่ได้ แต่ไม่มีผลกระทบกับ

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>(37)</sup> อธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บ้างหรือได้ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกวางใจ ลดความรู้สึกไม่ต้องกังวล และเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้มาก ทำให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่อื่นๆของตนได้ตามปกติ ภาวะซึมเศร้าก็จะลดลง

และปัญหาที่พบในผู้ป่วยจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเกาหลีใต้ โดย Choi-Kwon S, Kim HS และKwon SU พบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้คะแนนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลสูงขึ้น คือการว่างงาน, เป็นโรคเบาหวาน, มีความบกพร่องทางภาษา (aphasia), การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (dysphagia), ความผิดปกติทางความคิด, ค่าคะแนนของแบบวัดระดับความพิการ หรือการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็เพิ่มขึ้นด้วย<sup>(20)</sup>

ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย Kim, S. S. พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีกำลังใจดี หรือได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงทำให้ทัศนคติในทางลบกับการดูแลผู้ป่วยลดลง เมื่อทัศนคติในทางลบน้อยลง การแก้ปัญหาดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง<sup>(34)</sup>

มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุ ของการเกิดภาวะซึมเศร้า การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นไม่ได้มาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงเท่านั้น ครั้งนี้จึงยกทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Theory) ตามแนวคิดของเบ็ค ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือบุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต (life event) และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ (autonomic negative thoughts) ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต ความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นผลจากความบิดเบือนของกระบวนการคิด เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเอง ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยกล่าวถึงพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะ<sup>(8)</sup> คือ

รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้ามักมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า เนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตน ทำให้ไม่เห็นถึงคุณค่าของตนเอง



ทำให้มีความคิดด้านลบ รู้สึกผิด อาจคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือขาดประสิทธิภาพในการดูแล และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย โดยคิดว่าตนเองถูกใส่ร้าย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง พบว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย และเผชิญกับผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจมีผลทำให้ผู้ดูแลมองสิ่งต่างๆ มีแต่อุปสรรคได้

รูปแบบความคิดด้านลบต่ออนาคต ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อมองไปข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความขงใจ และความสูญเสีย เมื่อพบว่าสถานการณ์ในปัจจุบันมีปัญหาก็จะมองว่าอนาคตเป็นสิ่งที่ปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มีความหวัง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะของโรคเกิดเรื้อรังการรักษาช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย และประคับประคองให้ยืนยาวขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหมดหวัง หรือมีความคิดด้านลบต่ออนาคตได้

### **ปัญหา และอุปสรรคในการทำวิจัย**

การเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย ต้องใช้เวลาเฉลี่ยสูงถึง 30-40 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ต้องพาผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ทำให้ผู้ดูแลไม่สะดวกตอบข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ในบางรายตอบข้อมูลได้ไม่ครบเนื่องจากผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยไปรักษาที่แผนกอื่นต่อทำให้ต้องตัดกลุ่มตัวอย่างออกไปจำนวนหนึ่ง

### **ข้อจำกัดในการทำวิจัย**

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค และจำกัดเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเดียวเท่านั้น จึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระจายผลไปสู่กลุ่มประชากรทั่วไป

หลังจากทำวิจัยผู้วิจัยพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัย

แก่ผู้ที่มีความสนใจต่อไปในอนาคต และในส่วนปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลไม่ได้มีปัญหานักใจเพียงเรื่องเดียว ควรดูปัญหาของผู้ดูแลที่พบจากการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกเรื่อง

### **ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้**

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า 44.8% ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลไปถึงการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นแพทย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย และหาการรักษาที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การบำบัดด้วย CBT หรือ IPT และการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ถ้าสนใจจะศึกษาต่อไปควรเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรเพิ่มปัจจัยอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้ความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไร

## รายการอ้างอิง

1. Burden of disease and injuries in Thailand. [database on the Internet]. 2002. Available from: <http://203.157.19.191/index-burden.htm>.
2. จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2(ตุลาคม 2548):229-237.
3. เกสร อิมสุข . ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2554):15-24.
4. Gary P. Epstein-Lubow M, Christopher G. Beevers, PhD, Duane S. Bishop, MD, Ivan W. Miller, PhD. Family Functioning Is Associated With Depressive Symptoms in Caregivers of Acute Stroke Survivors. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90:947-55.
5. เสาวภา พรวัดตะคุ. การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต.กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2549.
6. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้าและอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นาอักษรพิมพ์; 2542.
7. Boyd AM, Nihart, M.A. Mood disorder. Psychiatric nursing contemporary practice 1998.
8. เสาวภา ศรีภูสิตโต. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
9. ธรณินทร์ กองสุข พบ., และคณะ สอพ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 25512551. Available from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/morbidity/depress2551.pdf>.
10. รัชจณา สิงห์ทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร,2545.

11. รศ.ดร.อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย และผศ.นพ.พีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2553.
12. สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจรรยา วิรุฬราช. โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2550;21(3).
13. กลุ่มงานวิจัยและศูนย์โรคเรื้อรัง . โรคหลอดเลือดสมอง การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติ (หรือผู้ดูแล);2553.
14. Melissa S. Denno P, a Patrick J. Gillard, PharmD, MS,b Glenn D. Graham, MD,c Marco D. DiBonaventura, PhD,d Amir Goren, PhD,d Sepi F. Varon, PhD,b Richard Zorowitz, MDe. Anxiety and Depression Associated With Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2013;94:1731-6.
15. TOMOKO MORIMOTO ASS, HITOSHI ASANO. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. 2003;32(2):218-23.
16. Cameron JI, Cheung AM, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers' experiences of depression. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87(2):177-83.
17. Cameron JI, Cheung AM, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke survivor depressive symptoms are associated with family caregiver depression during the first 2 years poststroke. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2011;42(2):302-6.
18. Kamel AA, Bond AE, Froelicher ES. Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. International journal of nursing practice. 2012;18(2):147-54.
19. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. Neurologia i neurochirurgia polska. 2012;46(3):224-32.
20. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(5):1043-8.

21. King RB, Ainsworth CR, Ronen M, Hartke RJ. Stroke caregivers: pressing problems reported during the first months of caregiving. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2010;42(6):302-11.
22. Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2013;21(10):2799-807.
23. Schulz R, McGinnis KA, Zhang S, Martire LM, Hebert RS, Beach SR, et al. Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2008;22(2):170-6.
24. Annie KM Mak AM, May HL Lui. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:971-9.
25. ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สิ้นธุ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 1(มกราคม-มีนาคม 2555):28-39.
26. อุบลกาญจน์ ยอดต่อ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
27. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร์, สมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทร์เกษมจิต, อยู่วัลย์ อ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง เวชศาสตร์ฟื้นฟู. 2006;16(1):1-9.
28. ชัญฉิชาดุขุฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา ปีที่4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2554):62-75.*
29. อรสา โชคชัยนันท์. ปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มารับการชูดมดลูก ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี .*วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
30. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2522.

31. Beck AT, Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. . An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71.
32. Balhara YP, Verma R, Sharma S, Mathur S. A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. *Journal of mid-life health*. 2012;3(1):31-5.
33. Denno MS, Gillard PJ, Graham GD, DiBonaventura MD, Goren A, Varon SF, et al. Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(9):1731-6.
34. Kim SS. [Experience of family caregivers caring for patients with stroke]. *Kanhohak t'amgu*. 1994;3(1):67-88; disucssion 9-92.
35. Printz-Feddersen V. Group process effect on caregiver burden. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 1990;22(3):164-8.
36. Rittman M, Hinojosa MS, Findley K. Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2009;41(1):39-52.
37. Sreedharan SE, Unnikrishnan JP, Amal MG, Shibi BS, Sarma S, Sylaja PN. Employment status, social function decline and caregiver burden among stroke survivors. A South Indian study. *Journal of the neurological sciences*. 2013;332(1-2):97-101.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

( Information sheet for research participant)

**ชื่อโครงการวิจัย** ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ผู้ทำวิจัย

**ชื่อ** นางสาวสรณ์รติ ภาคภากร

**ที่อยู่** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

**เบอร์โทรศัพท์** 02-2564298 มือถือ 0867954425

### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### **เหตุผลความเป็นมา**

ปัญหาภาวะซีมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มจะมีอัตราที่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีการตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อที่จะเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงหาแนวทางในการดูแลรักษาอย่าง



ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาแบบองค์รวม และมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ่ายผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ่ายผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย

จำนวน 93 คน

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอชักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ท่านทำแบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันแบบประเมินดัชนีบาร์เทิลอินเด็กซ์

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้สึกรับภาระ (Zarit Burden Interview Thai version)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบวัดแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ของ Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทย

ท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดๆ หากท่านไม่ต้องการตอบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ โดยใช้เวลาดังกล่าวทั้งสิ้นประมาณ 30-45 นาที และพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ครั้ง

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบเป็นองค์รวมต่อไปในอนาคตโดยจะเป็นประโยชน์กับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

### **วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ

ติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวรสรณ์รติ ภาคภากร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หมายเลขโทรศัพท์ 02-2564298 มือถือ 086-7954425

### **คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยได้

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวสรณรัตน์ ภาคภากร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

### เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง                      ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่

..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในการวิจัยว่าไม่มีอันตรายใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนอกจากทำให้ข้าพเจ้าเสียเวลาเล็กน้อย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ สามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการ เปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและใน คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสาร แสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

## แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

(ชุดที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเอง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง  
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ \_\_\_\_\_ ปี
3. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่
4. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  
 อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_
5. เชื้อชาติ  ไทย  จีน  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_
6. อาชีพปัจจุบัน  ข้าราชการ  ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย  
 รัฐวิสาหกิจ  รับจ้าง  
 ข้าราชการบำนาญ  บริษัทเอกชน  
 เกษตรกรรม  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจาก (ระบุ) \_\_\_\_\_ (ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. รายได้ส่วนตัวปัจจุบันต่อเดือน (ระบุ) \_\_\_\_\_ บาท/เดือน
8. กรณีที่ท่านไม่ได้ประกอบอาชีพ/ประกอบอาชีพบางส่วนเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ท่านได้รับ  
ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยบ้างหรือไม่  
 ไม่ได้  ได้ (ระบุจำนวน) \_\_\_\_\_ บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้  
 รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ  รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ  
 รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน  รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน  
(ระบุจำนวนหนี้สินทั้งสิ้น).....บาท

## 10. ระดับการศึกษาสูงสุด

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา               |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น   | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. |
| <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส.   | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี                |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาโท           | <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก                |

11. ภูมิลำเนา  กรุงเทพมหานคร  ต่างจังหวัด (ระบุจังหวัด)\_\_\_\_\_12. ปัจจุบันพักอาศัยที่  กรุงเทพมหานคร  ต่างจังหวัด (ระบุจังหวัด)\_\_\_\_\_

## 13. โรคประจำตัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง  | <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง   |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน       | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ          |
| <input type="checkbox"/> โรคไต            | <input type="checkbox"/> โรคตับ            |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)_____ |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว |  |

14. สารเสพติดที่ใช้  ไม่มี(ข้ามไปตอบข้อ 16)  มี (โปรดตอบข้อ 15)15.  แอลกอฮอล์ ปริมาณที่ใช้ต่อวัน\_\_\_\_\_ระยะเวลาที่ใช้(ปี)\_\_\_\_\_ บุหรี่ ปริมาณที่ใช้ต่อวัน\_\_\_\_\_ระยะเวลาที่ใช้(ปี)\_\_\_\_\_ อื่นๆ (ระบุ)\_\_\_\_\_ปริมาณที่ใช้ต่อวัน\_\_\_\_\_ระยะเวลาที่ใช้(ปี)\_\_\_\_\_16. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช  ไม่มี  มี (ระบุ)\_\_\_\_\_17. ท่านเคยได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า หรือไม่  ไม่เคย  เคย18. ท่านเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือไม่  ไม่เคย  เคย

19. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยท่านเป็น\_\_\_\_\_ของผู้ป่วย

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส         | <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา   | <input type="checkbox"/> พี่ชาย/พี่สาว |
| <input type="checkbox"/> น้องชาย/น้องสาว | <input type="checkbox"/> ลุง/ป้า/น้า/ | <input type="checkbox"/> บุตร          |

20. ผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมานานเท่าใด\_\_\_\_\_ปี\_\_\_\_\_เดือน

21. ช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)



- กลางวัน (6.00 – 18.00 น.)  
 06.00 – 12.00 น.  12.00 – 18.00 น. รวม\_\_\_\_\_ชั่วโมง
- กลางคืน (18.00 – 24.00 น.)  
 18.00 – 24.00 น.  24.00 – 06.00 น. รวม\_\_\_\_\_ชั่วโมง  
รวมเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน\_\_\_\_\_ ชั่วโมง
22. ท่านต้องตื่นตอนกลางคืนเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยกี่ครั้ง (กรณีที่ท่านดูแลผู้ป่วยช่วงกลางคืน หากไม่ใช่ข้ามไปข้อ22)  
 ไม่ต้องตื่นตลอดคืน  
 ต้องตื่นมาดูแล (ระบุ) :  1 ครั้ง  2 ครั้ง  3 ครั้ง  มากกว่า3 ครั้ง
23. ท่านเข้านอนกี่โมง \_\_\_\_\_ น.
24. นอนโดยรวมประมาณ\_\_\_\_\_ ชั่วโมง/คืน
25. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย\_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน
26. ปัจจุบันท่านมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย หรือไม่  
 ไม่มี  มี (ระบุความสัมพันธ์)\_\_\_\_\_
27. ภาระส่วนตัวที่ท่านเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย)  
มีบุตรที่ต้องดูแล  ใช่  ไม่ใช่  
เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของครอบครัวตนเอง  ใช่  ไม่ใช่  
 อื่นๆ (ระบุ)\_\_\_\_\_
28. ท่านรู้สึกมีความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยในประเด็นใดมากที่สุด (เลือกเพียง 1 ข้อ)  
 ผู้ป่วยแขน และขาอ่อนแรง เดินไม่ได้  
 ผู้ป่วยแขน และขาอ่อนแรง พอลเดินได้โดยมีผู้ช่วยพยุง  
 ผู้ป่วยอุจจาระ ปัสสาวะรด  
 ผู้ป่วยพูดไม่ได้ หรือพูดไม่รู้เรื่อง  
 ผู้ป่วยก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย  
 ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า  
 อื่นๆ (ระบุ)\_\_\_\_\_
- ไม่มีปัญหาใดเลย

## แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

### Barthel Activity of Daily Index (MBAI)

**คำชี้แจง** แบบประเมินชุดนี้เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ กรุณาให้คะแนนลงในช่องคะแนนทางขวาให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกในข้อความนั้นๆ

กิจกรรม	คะแนน
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้ (Feeding) 0=ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนช่วย 1=ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย 2=ปกติ	
2. ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด (Grooming) 0=ต้องการความช่วยเหลือ 1=ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	
3. ลุกนั่งจากที่นอน, จากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 0=ไม่สามารถทำได้ 1=ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก 2=ต้องการความช่วยเหลือบ้าง 3=ทำเองได้	
4. ใช้ห้องสุขา (Toilet use) 0=ช่วยตัวเองไม่ได้ 1=ทำเองได้บ้าง 2=ช่วยตัวเองได้ดี	
5. การเคลื่อนที่ภายในที่ หรือภายในบ้าน (Mobility) 0=เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1=ต้องใช้รถเข็น (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) 2=เดินโดยมีคนพยุง 3=เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง	

กิจกรรม	คะแนน
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 0=ทำเองไม่ได้เลย หรือน้อย 1=ช่วยตัวเองได้ 50%ที่เหลือต้องมีคนมาช่วย 2=ช่วยตัวเองได้ดี (ติดกระดุม, รูดซิป)	
7. การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น (Stair) 0=ไม่สามารถทำได้ 1=ต้องการคนช่วย 2=ขึ้น-ลง ได้เอง	
8. การอาบน้ำ (Bathing) 0=ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ 1=อาบน้ำได้เอง	
9. การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) 0=กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1=กลั้นไม่ได้, ท้องผูกเป็นบางครั้ง 2=การขับถ่ายปกติ	
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 0=กลั้นไม่ได้ หรือคาสายสวน 1=กลั้นไม่ได้บางครั้ง 2=กลั้นได้เป็นปกติ	
รวม	

### แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย x ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต้องการได้รับความช่วยเหลือ หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนๆ ในข้อความนั้นๆ

คำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัว					
3. คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานได้ดี					
4. เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถพึ่งพาใครให้ช่วยเหลือได้					
5. ฉันมีโอกาสมากพอในการพบปะกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่า					
6. ฉันใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้อื่น					
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9. ฉันมีคนพร้อมที่จะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ					
10. ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้					
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉัน เราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะส่งเสริมให้กำลังใจผู้อื่น					
13. สมาชิกในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					

คำถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือฉัน แม้รู้ว่าฉันไม่อาจตอบแทนเขาได้					
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วยโดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง ฉันสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้					
16. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาแบบฉัน					
17. ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษเล็กๆน้อยๆ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา					
18. ฉันรู้สึกว่ามีคนอื่นนิยมชมชอบในตัวฉัน					
19. ฉันมีคนที่รักและดูแลเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีคนที่จะร่วมงาน เข้าสังคมหรือร่วมกิจกรรมรื่นเริงต่างๆด้วย					
21. ฉันมีส่วนรับผิดชอบในการช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือ					
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆได้					
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24. มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควร ทั้งที่ฉันคิดว่าฉันเป็นเพื่อนที่ดีของเขา					
25. เมื่อฉันเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับฉัน					

### แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระเป็นตัวสะท้อนความรู้สึกของผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมายวงกลม ๐ ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

คำถาม	ไม่ เคย รู้สึก	รู้สึก น้อย มาก	รู้สึก บาง ครั้ง	รู้สึก บ่อย ครั้ง	รู้สึกแทบ จะตลอด เวลา
1. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณร้องขอความช่วยเหลือเกินกว่าที่เขาต้องการใช่หรือไม่	0	1	2	3	4
2. คุณรู้สึกว่าคุณมีเวลาสำหรับตัวเองไม่เพียงพอเนื่องจากคุณต้องเสียเวลาให้กับญาติของคุณ	0	1	2	3	4
3. คุณรู้สึกเครียดระหว่างการให้การดูแลญาติของคุณและการพยายามที่จะทำหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆในครอบครัวหรือในหน้าที่การงาน	0	1	2	3	4
4. คุณรู้สึกลำบากใจกับพฤติกรรมของญาติคุณ	0	1	2	3	4
5. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณ	0	1	2	3	4
6. คุณรู้สึกว่าขณะนี้ญาติของคุณมีผลกระทบเชิงลบต่อความสัมพันธ์ของคุณกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวหรือกับเพื่อนฝูง	0	1	2	3	4
7. คุณมีความกังวลว่าญาติของคุณจะเป็นอย่างไรในอนาคต	0	1	2	3	4
8. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณต้องพึ่งคุณ	0	1	2	3	4
9. คุณรู้สึกตึงเครียดเมื่ออยู่กับญาติของคุณ	0	1	2	3	4
10. คุณรู้สึกว่าสุขภาพของคุณแย่ลง ได้รับผลกระทบ เนื่องจากคุณต้องเกี่ยวข้องกับญาติของคุณ	0	1	2	3	4

คำถาม	ไม่ เคย รู้สึก	รู้สึก น้อย มาก	รู้สึก บางค ั้ง	รู้สึก บ่อย ครั้ง	รู้สึกแทบ จะ ตลอดเวล า
11. คุณรู้สึกว่าคุณมีเวลาส่วนตัวไม่มากพอ เท่าที่คุณปรารถนาเนื่องจากญาติของคุณ	0	1	2	3	4
12. คุณรู้สึกว่าชีวิตในสังคมของคุณได้รับ ผลกระทบเนื่องจากการดูแลญาติของคุณ	0	1	2	3	4
13. คุณรู้สึกอึดอัดกับการคบหาเพื่อนฝูง เนื่องจากญาติของคุณ	0	1	2	3	4
14. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณคาดหวังคุณที่จะ ดูแลเขาเหมือนกับว่าคุณเป็นเพียงคน เดียวที่เขาจะพึ่งได้	0	1	2	3	4
15. คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีทุนทรัพย์มากพอที่จะ ให้การดูแลญาติของคุณรวมถึงค่าใช้จ่าย ของคุณเอง	0	1	2	3	4
16. คุณรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะให้การดูแล ญาติของคุณได้นานกว่านี้	0	1	2	3	4
17. คุณรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการชีวิตของ คุณตั้งแต่ญาติของคุณป่วย	0	1	2	3	4
18. คุณปรารถนาที่จะฝากภาระการดูแลญาติ ของคุณกับใครสักคน	0	1	2	3	4
19. คุณรู้สึกลึกลับใจกับสิ่งที่จะทำให้แก่ญาติ ของคุณ	0	1	2	3	4
20. คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำอะไรให้กับญาติ ของคุณมากกว่าเดิม	0	1	2	3	4
21. คุณรู้สึกว่าคุณสามารถทำหน้าที่ในการ ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่าเดิม	0	1	2	3	4
22. โดยรวมคุณรู้สึกว่าภาระในการดูแลญาติ ของคุณมีมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4

**แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ใช้ของ Beck Depression Inventory – IA ฉบับภาษาไทย**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน **2 สัปดาห์ – 1 เดือนที่ผ่านมา** มีทั้งหมด 21 ข้อ ให้ท่านอ่านทุกข้อโดยละเอียดก่อนตัดสินใจตอบ โดยวงกลมตัวเลขที่อยู่หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดตอบทุกข้อ (ถ้าท่านมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากกว่า 1 คำตอบ ก็ให้วงกลมหน้าคำตอบที่มีหมายเลขประจำข้อนั้นที่สูงกว่า)

1.     0     ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
  - 1     ฉันรู้สึกซึมเศร้า
  - 2     ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
  - 3     ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
  
2.     0     ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - 1     ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - 2     ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรจะต้องคิดหรือมุ่งหวังต่อไป
  - 3     ฉันรู้สึกไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถทำให้มันดีขึ้นได้
  
3.     0     ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลว
  - 1     ฉันรู้สึกทำอะไรแล้วล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ
  - 2     เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งทีฉันจำได้คือ ความล้มเหลวทั้งหมด
  - 3     ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรแล้วล้มเหลวมาโดยตลอด
  
4.     0     ฉันมีความพึงพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
  - 1     ฉันรู้สึกว่าไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
  - 2     ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
  - 3     ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง



5. 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด  
1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง  
2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา  
3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา
6. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าถูกลงโทษ  
1 ฉันรู้สึกว่ามันอาจถูกลงโทษ  
2 ฉันคาดว่าจะถูกลงโทษ  
3 ฉันรู้สึกว่ามันกำลังถูกลงโทษ
7. 0 ฉันไม่รู้สีกผิดหวังในตนเอง  
1 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง  
2 ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง  
3 ฉันเกลียดตัวเอง
8. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันเร็วกว่าคนอื่น  
1 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด  
2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ทำผิด  
3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย  
1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง  
2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน  
3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น  
1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย  
2 ทุกวันนี้ฉันร้องไห้เสมอ  
3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้

11. 0 ฉันไม่รู้สีกุณเฉียวโกรธง่าย  
 1 ฉันเป็นคนคุณเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน  
 2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา  
 3 ฉันรู้สีกโกรธง่ายตลอดเวลา
12. 0 ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ  
 1 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย  
 2 ฉันเลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา  
 3 ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ  
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 2 ฉันมีความยากลำบากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย
14. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน  
 1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่เป็นที่น่าสนใจ  
 2 ฉันรู้สีกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป  
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนที่น่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย  
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง  
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไรๆ  
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ  
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย  
 2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อได้อีก  
 3 ฉันบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก

17. 0 ฉันไม่รู้สึกละอายใจกว่าปกติ  
1 ฉันรู้สึกละอายใจน้อยกว่าแต่ก่อน  
2 ฉันรู้สึกละอายใจจากการทำสิ่งต่างๆ  
3 ฉันรู้สึกละอายใจเกินกว่าจะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ  
1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างเคย  
2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง  
3 ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง  
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม  
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม  
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ  
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเครียด ปวดท้อง หรือท้องผูก  
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น  
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ  
1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย  
2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก  
3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสรณรรณี ภาคภากร      เกิด 25 กรกฎาคม 2533

จังหวัด กรุงเทพมหานคร      ปัจจุบันอายุ 25 ปี

พ.ศ. 2554      สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แพทย์แผนไทยประยุกต์

บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556



