

ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
ร่วมกับอาการซึมเศร้า*

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

ฐนิตฐา กลีบบัว, พย.บ. (Thanittha Kleebua, BNS.)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN., Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph.D.)***

Abstract

Objective: The purposes of this predictive correlation research design were to examine the severity of depressive symptoms and factors predicting severity of depressive symptoms among persons with coexisting dementia and depressive symptoms.

Methods: A sample of 176 patients with coexisting dementia and depressive symptoms, aged 60 years and older, receiving care from the psychiatric outpatients department, the tertiary hospitals was recruited. The CVI of instruments was 0.80-1.00. The reliability of instruments was .80-.96. Data were analyzed by descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, Contingency coefficient and ordinal logistic regression.

Results: 1) The severity of depressive symptoms among persons with coexisting dementia and depressive symptoms was 1.7% at severe level, 40.9% at high level, 30.1% at moderate

level, and 27.3% at mild level. 2) Emotional-focused coping was positively and significantly correlated with severity of depressive symptoms ($r_s = .260$; $p < .05$) 3) Self-esteem, interpersonal skill, activity of daily living, cognitive function, and family relationship were negatively and significantly correlated with severity of depressive symptoms at level of .05 ($r_s = -.371, -.478, -.509, -.299, -.559$, respectively) 4) Problem-focused coping, gender, aged and type of dementia were not correlated with severity of depressive symptoms. 5) Family relationship, interpersonal skill, activity of daily living, and emotional-focused coping could jointly explain 95.2% of variance of severity of depressive symptoms in persons with coexisting dementia depressive symptoms.

Keywords: Coexisting dementia and depressive symptoms, Severity of depression symptoms

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

***Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: srangsiman@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

วิธีดำเนินการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 176 ราย ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือวิจัยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80-1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .80-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนตินเจนซี และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ

ผลการวิจัย:

1. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 1.7 ระดับมากร้อยละ 40.9 ระดับปานกลางร้อยละ 30.1 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 27.3

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .260; p < .05$)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิด และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.371, -.478, -.509, -.209, -.559$, ตามลำดับ)

4. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

เพศ อายุ และชนิดของโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

5. ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.2

คำสำคัญ: โรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

มีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2568 สัดส่วนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 แสดงถึงประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ โรคทางจิตเวช และโรคทางสมอง โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2012 กลุ่มประเทศอาเซียน จะมีอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 2012) และพบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2557 ทั้งหมด 5,042 คน (กรมสุขภาพจิต, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในอาการทางจิตเวชที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (McSweeney & O'Connor, 2008) โดยมีความชุกมากถึงร้อยละ 40-65 (Barkar, Engedal, Laks, Selbaek, 2010; Knapskog, Barcar, & Engedal, 2011) สำหรับใน

ประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่ามีความชุกร้อยละ 48.8 (การุญพงศ์ ภัทรามรุต, 2555) มีรายงานว่าอาการซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมลดลง และส่งผลกระทบต่อร่างกายแรงก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายและมีอัตราการตายสูงขึ้น (Winter, Korchounow, Zhukova, & Bertschi, 2011)

แนวคิด An Integrative Framework ของ Billing และ Moos (1982) ได้จำแนกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า 4 ปัจจัยดังนี้คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล เป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านจิตใจ ลักษณะภายในของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น แบบแผนการคิด ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการคิด ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากการทำงาน เป็นต้น 3) การประเมิน และการเผชิญความเครียด เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภาวะแวดล้อม และการเผชิญหรือการสนองตอบต่อปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นต้น และ 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคมจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดนำไปสู่อาการซึมเศร้า ได้แก่ สถานะทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และเพศ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบงานวิจัย

จำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับ สาเหตุ การบำบัดรักษาและสถานการณ์ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวช มีบทบาทในการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรู้คิดและชนิดของโรคสมองเสื่อมในการร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยผสมผสาน (An Integrative Framework) ของ Billing และ Moos (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในระดับสูง

(มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Sowislo & Orth, 2013) ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลขาดความสามารถ หรือมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ มีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการซึมเศร้า (รสพร เพียรรุ่งเรือง, 2556; Constantino, Arnow, Klein, & Rothbaum, 2012) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนำมาสู่ภาวะพึ่งพิงมีความรู้สึกรู้ค่าและนำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Fiksenbaum, Greenglass, Marque, & Eaton, 2005; Ross, Amsberger, & Fox, 2010) และความสามารถในการรู้คิด การสูญเสียความสามารถด้านความรู้คิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้จึงก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า (การุณพงศ์ ภัทรามรุต, 2555; Winter et al., 2011) 2) ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (พัชรภรณ์ ไซยสังข์, สิริกร สุรวัณฐธูชา, ปริมวิญา อินตะกัน, และสายใจ ถิชนะเชียร, 2556; สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, 255) 3) การประเมินและการเผชิญความเครียด ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบงปรบปรอมณ์ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Piboon, Subgranon, Hengudomsub, Wongnam, & Callen 2012; Vollman, Lamontagne, & Hepworth, 2007) 4) ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ (สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, 2555; Winter et al., 2011) และชนิดของโรคสมองเสื่อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมอง ระบบการส่งสารสื่อประสาทถูกทำลาย ความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง และการ

สูญเสียเซลล์ประสาทในสมอง ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Lee, Hermens, Porter, & Redoblado-Hodge, 2012) ดังนั้นปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้จึงน่าจะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค (Diagnostic and statistics manual of mental disorder 5th edition [DSM-5]) ร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นสมองเสื่อมตามแนวทางจำแนกโรค (DSM-5) ร่วมกับอาการซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลวชิระพยาบาล จำนวน 176 คน ระหว่างเดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และได้รับการประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวม 18-23 คะแนน
2. มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ตามแนวทางจำแนกโรค (DSM-5) และใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia:

CSDD) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

3. สามารถติดต่อสื่อสารพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามยินยอม

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยได้แก่

1. มีอาการทางกายรุนแรงไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือขัดต่อการสัมภาษณ์

2. มีความคิดสับสน มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัด โดยมีพฤติกรรมได้ตอบกับเสียงหูแว่ว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทรอนไดค์ (Thomdike, 1978, อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) $N = (10 \times 11) + 50 = 160$ คน การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปร 11 ตัวแปร จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของการคำนวณ (ประกอบ กรมสุต, 2542) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 176 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ และผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการตอบ

แบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมและแนบยาให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีคำถาม 10 ส่วน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับ การวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตของครอบครัว ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่และการใช้แอลกอฮอล์ลักษณะการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัยตรวจหาความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) คะแนนรวม 30 คะแนน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Cornell Scale for Depression in Dementia: CSDD) ฉบับภาษาไทย (สัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ฌนัทย์ วงศ์ปการันย์ (2550) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยคำถาม 2 ชุด สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities Daily Living Index: BAI) พัฒนาโดย

Jitapunkul, Kamolratanakul และ Ebrahim (1994) ดัชนีนี้กำหนดให้มีกิจกรรมที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน 10 กิจกรรมได้แก่การรับประทานอาหาร (feeding) การเคลื่อนย้าย (transfer) การเดิน การเคลื่อนที่ (mobility) การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (dressing) การอาบน้ำ เช็ดตัว (bathing) สุขาภิบาลส่วนบุคคล (grooming) การใช้ห้องสุขา หรือ กระจอน (toilet use) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (bowels) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (bladder) การขึ้นลงบันได (stairs) คะแนนรวม 20 คะแนน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการให้ความรัก ความห่วงใย อาหาร ซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในสังคม การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดัดแปลงโดย นัยนา อินชิต (2545) ตามแนวความคิดของ Friedman (1986) และ Morrow และ Wikson (1961) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self Esteem Scale: RSES) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ นำมาปรับใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดย นิยา สมานทรัพย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2555) เพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความตรงเท่ากับ .80 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

ส่วนที่ 7 แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นแบบสอบถามประยุกต์มาจาก

ธีราลักษณ์ ภูมิพาลี (2546) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด A Humanistic Model of interpersonal effectiveness ของ Devito (1995) มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล 5 ด้าน ประกอบด้วย การเปิดเผยตนเอง การเข้าใจความคิด และความรู้สึกตามที่คุณอื่นรับรู้ การสนับสนุนเกื้อกูล คู่สนทนา การสื่อสารในทางบวก และความเสมอภาค ในการติดต่อสื่อสาร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ประยุกต์โดย สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

ส่วนที่ 9 แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Hamilton (1979) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามลำดับความรุนแรงของโรค แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนธนิช, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ศึกษาสองแห่ง (ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงพยาบาล จากจำนวน 5 โรงพยาบาล) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) และผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ในคลินิกจิตเวช ซึ่งช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์คุณสมบัติของผู้เข้าร่วม ขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ($\pm SD$)

2. สถิติอ้างอิง (inferential statistic) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติเจนซี (contingency coefficient) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (ordinal logistic regression) ระหว่างปัจจัยร่วมทำนาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 40.9 ปานกลางร้อยละ 30.1 เล็กน้อย ร้อยละ 27.3 รุนแรงร้อยละ 1.7 ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

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

(Mean = 17.5, SD = 6.16, Min = 8, Max = 32)

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r_s = 0.299$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการ

ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าระดับ $p < .05$ ($r_s = -.371, -.478, -.559, -.509, -.209$ ตามลำดับ) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพศอายุและชนิดของโรคสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ด้านภาวะแวดล้อม การประเมินและการเผชิญความเครียด และปัจจัยภูมิหลังทางสังคม กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (n = 176)

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

3. สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์โดยสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nagelkerke $R^2 = .952$) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 4 เท่า

($B = 4.068, p < .05$) ผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องพึ่งพาบางส่วน จะมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 1.7 เท่า ($B = 1.678, p < .05$) ผู้ที่มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับสูง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 2 เท่า ($B = -2.157, p < .05$) และผู้ที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง จะมีโอกาสลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับมากประมาณ 1.5 เท่า ($B = -1.517, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (n=176)

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

-2 Log likelihood = 342.414, Cox & Snell $R^2 = .857$, Nagelkerke $R^2 = 0.952$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับอาการซึมเศร้าปานกลาง และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและมีปัญหาการรับประทานอาหาร การนอน การทำกิจกรรมร่วมด้วยความรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้านั้นจะมีความบกพร่องและความเสื่อมถอย ทั้งความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจ และการทำกิจวัตรประจำวัน จนเกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ปิ่นชนานันท์ อังคนานนท์, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยมองตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองมีข้อด้อย ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มเกิดอาการซึมเศร้าได้สูง ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการ

ซึมเศร้า อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าจะสูญเสียความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม (รัชนี นามจันทร์, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของ Billing และ Moos (1982) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าเกิดจากบุคคลขาดทักษะการสื่อสารที่ดีเช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Constantino และคณะ (2012) ที่ศึกษาพบว่า การบกพร่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความรุนแรงของซึมเศร้า กล่าวคือ สัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตองค์ประกอบทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส วัชวณะ (2550) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตองค์ประกอบทางด้านจิตใจ เนื่องจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันก็จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

อธิบายตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ว่า บุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหาก็จะใช้กระบวนการแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์ ทำให้ปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ในทางที่ดีและดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Piboon และคณะ (2012) ที่ศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Lazarus และ Folkman (1984) และ Billing และ Moos (1982) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการบรรเทาความไม่สบายใจ โดยบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่มาคุกคามได้เมื่อใช้กระบวนการนี้มากเกินไป โดยที่ปัญหายังคงอยู่ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Piboon et al. (2012) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สำหรับความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบ อาการซึมเศร้าอธิบายได้ว่า การสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จึงก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า (กอบหทัยสิทธิธรรมาธิ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheline et al. (2006) พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถ

ทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าความสามารถในด้านต่างๆ จะลดลง (ปิ่นชนานันท์, 2556) การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เกิดเป็นภาวะพึ่งพา เกิดเป็นความรู้สึกไร้ค่าและนำมาสู่อาการซึมเศร้า (Fiksenbaum et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross, Arnsberger และ Fox (2010) พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้า

สำหรับตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ เพศ อธิบายได้ว่าผู้ที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ก็จะมีผลกระทบต่อจิตใจคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีผลกระทบต่อสัมพันธ์ทางสังคม และสังคม ส่งผลต่อจิตใจไม่แตกต่างกัน (Hatcher, Durham, & Richey, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ การุณพงศ์ ภัทรามรุต (2555) ที่ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ ในวัยสูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องปรับตัวให้ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์การปรับตัวในอดีตที่ผ่านมาจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวยอมรับได้ดีขึ้น (เพ็ญพโยม เชมสมบัติ, 2547) ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Ross et al., (2010) ที่ศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ร่วมกับอาการซึมเศร้า และชนิดของโรคสมองเสื่อม ซึ่งสาเหตุที่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ชนิดของโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากว่า จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิด เช่น Alzheimer's disease with cerebrovascular disease, Dementia with lewy body และ Parkinson's disease dementia มีจำนวนน้อยเกินไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าและสามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้น ควรมีแนวทางการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี เช่น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน และสร้างความตระหนักให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้เกิดแรงสนับสนุนที่ดีเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการซึมเศร้าและสามารถทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองเพื่อสร้างความ

มั่นใจไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrument activity of daily living : IADL) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงให้ครอบคลุมกับทุกกลุ่มผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางการดูแลและจัดสาเหตุของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าต่อไป

2. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ระหว่างช่วงอายุ และความแตกต่างของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของเพศชายและหญิงเพิ่มเติม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีคะแนนสมรรถภาพสมองเท่ากับ 18-23 คะแนนเท่านั้น จึงอาจไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มสมองเสื่อมระดับรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตปี 55*. เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2558 จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กอบหทัย สติธิธรรณฤทธิ. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 499-462.

- การรณงค์ ภัทรามรุต. (2555). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสมองเสื่อม* คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ภาคจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE). *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- ณัทย วงศ์ปการย์. (2556). *คู่มือการใช้และการให้คะแนนแบบประเมินคอร์เนลฉบับภาษาไทย*, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- ธนัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว้าวุ่น และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรลักษณ์ จิมพาลี. (2546). *อิทธิพลของประสิทธิผลในการสื่อสารระหว่างบุคคลและความพึงพอใจในการทำงานที่มีต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพนักงานคนไทยในบริษัทข้ามชาติญี่ปุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นัยนา อินธิโชติ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า* แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิษา สมานทรัพย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 57-70.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ปิ่นชนานันท์ อังคณานันท์. (2556). *ความทุกข์ของพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตภาควิจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวัชรณัฐชา, ปริมวิญญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-37.

- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวของ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล- ศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนธนิช, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบ วัด Hamilton rating scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 41, 235-246.
- มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน เขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 30(2), 69-82.
- รศพร เพียรรุ่งเรือง. (2556). *ปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- รัชนี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 14(27), 137-150.
- วินัส วิยวัฒน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร:* บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- สายพิน ยอดกุลและจิตตินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- สุภาภรณ์ สังขมรรชร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนก ผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- Barkar, M. L., Engedal, K., Laks, J., & Selbaek, G. (2010). A 12 month follow-up study of depression among nursing- home patients I Norway. *Journal of Affective Disorder*, 120(1-2), 141-148.
- Billing, G. A., & Moos, R. H. (1982). Psychosocial theory and research on depression: An integrate frame work and review. *Clinical Psychology Review*, 2, 213-237.
- Constantino, M. J., Laws, H. B., Arnow, B. A., Klein, D. N., Rothbaum, B. O., & Manber, R. (2012). The relation between changes in patients' interpersonal impact messages and outcome in treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 254-264.
- Devito, J. A. (1995). *The interpersonal communication book* (7th ed.). New York: Harpes Collins College Publishers.
- Fiksenbaum, L. M., Greenglass, E. R., Marque,

- S. R., & Eaton, J. A. (2005). A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*, 30(3), 278-295.
- Friedman, M. M. (1986). *Family Nursing: Theory & Assessment*. New York. Appleton. Century Green.
- Hamilton, M. (1979). Development of a rating scale for primary depression illness. *British Journal Society clinical*, 6, 278-296.
- Hatcher, B. J., Durham, J. D., & Richey, M. (1985). Overcoming stroke-Relate depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(1), 34-39.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai population: Development of a new index. *Age-Ageing*, 23, 97-101.
- Knapskog, A. B., Barcar, M. L., & Engedal, K. (2011). A comparison of the validity of the Cornell Scale and MARDS in detecting depression among memory clinic patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 32(4), 287-294.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing.
- Lee, R. S., Hermens, D. F., Porter, M. A., & Redoblado-Hodge, M. A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 113-124. doi:10.1016/j.jad.2011.10.023
- McSweeney, K., & O'Connor, D. W. (2008). Depression among newly admitted Australian nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 724-737.
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high achieving and under achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.
- Piboon, K., Subgranon, R., Hengudomsub, P., Wongnam, P., & Callen, B. L. (2012). A causal model of depression among older adults in Chon Buri province, Thailand. *Mental Health Nursing*, 33, 118-126.
- Ross, L. K., Arnsberger, P., & Fox, P. J. (2010). The relationship between cognitive functioning and disease severity with depression in dementia of the Alzheimer's type. *Aging & Mental Health*, 2(4), 319-327. DOI: 10.1080/13607869856579
- Sheline Y. I., Barch D. M., Garcia K., Gersing K., Pieper C., Welsh-Bohmer K., Steffens D. C., & Doraiswamy P.M. (2006). Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. *Biological Psychiatry*, 60(1), 58-65.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.

- Vollman, M. W., Lamontagne, L. L., Hepworth, J. T. (2007). Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 125-30.
- Winter, Y., Korchounow, A., Zhukova, T. V., and Bertschi, N. E. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2(1), 27-32.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved 27 September 2010, from <http://www.who.int/topics/depression/en/>

