



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Predicting Factors of Depression among Caregivers of Elderly Affected by Stroke

พรชัย จุลเมตต์^{1*}, สายใจ พัวพันธ์², และ Pham Van Truong³

Pornchai Jullamate^{1*}, Saichai Puapan² and Pham Van Truong³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ²,

Faculty of Nursing, Haiduong Medical Technical University³

บทนำ

การวิจัยเชิงพหุการณณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 ราย ได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพ แบบวัดภาระในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r=-.131, p<.05, r=-.419, p<.01, r=-.224, p<.05$ ตามลำดับ) ส่วนภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=.129, p<.05$) กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวิเคราะห์โดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 40.8

ผลจากการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และควรหาวิธีการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pornchai@buu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 092-6707744)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

This predictive study aimed to examine predicting factors of depression among caregivers of older adults affected by stroke. One hundred and twenty primary caregivers providing care for their stroke relatives at home in Sriracha district, Chon Buri province were recruited using simple random sampling technique. Instruments used in this study consisted of The Demographic Data Form of Stroke Survivors and Caregivers, Social Support Scale of Stroke Caregivers, Barthel Activity of Daily Living Index, Perceive Health Status of Caregivers, The Relationship between Stroke Survivor and Caregiver Scale, Burden of Caregiving Scale, and The Depression Scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression.

Results revealed that activities of daily living ($r=-.131, p<.05$), social support ($r=-.419, p<.01$), and health status of caregiver ($r=-.224, p<.05$) significantly and negatively related to depression of caregivers whereas burden of caregivers significantly and positively related to depression of caregivers ($r=.129, p<.05$). Social support, activities of daily living, burden, and health status of caregivers accounted for 40.8 percent of the variance explaining in depression of stroke's caregivers.

Findings suggested that nurses should properly manage about influencing factors of depression of stroke caregivers by increasing social support, enhancing patient's ability to perform activities of daily living, and promoting health status of caregivers but reducing their burden.

Keywords: Depression, Caregiver, Older Adult with Stroke

บทนำ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรับการดูแลที่บ้านนั้น ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดและได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการที่หลงเหลืออยู่จากพยาธิสภาพของโรค (Rosenberg, Jullamate & Azeredo, 2009) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางที่เสื่อมถอยลง ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่ใกล้ชิด โดยผู้ดูแลเหล่านี้จะทำหน้าที่ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด การบริหารจัดการเรื่องยาและจัดหาอุปกรณ์การดูแลต่าง ๆ เพื่อตอบสนองตามความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Blonder, Langer, Pettigrew & Garrity, 2007; Camak, 2015) ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะเกิดผลกระทบ



ทบจากการเป็นผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการเหนื่อยล้า เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปัญหาสุขภาพกายต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการปวดหลัง มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและหน้าที่ และส่งผลกระทบต่อด้านสังคมต่อผู้ดูแล เนื่องจากการใช้เวลาในการดูแลหลายชั่วโมงต่อวัน การพบปะกับบุคคลในสังคมลดลง รวมทั้งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูงและบางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตใจนั้นเป็นผลที่เกิดตามมาจากผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสับสนโดดเดี่ยว การสูญเสียความสนใจหรือการสูญเสียสมาธิ มีความรู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Denno, Gillard, Graham, DiBonaventura, Goren, Varon, et al 2013; Thommessen, Aarland, Braekhus, Oksengaard, Engedal, & Laake, 2002) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อ การดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (Berg, Palomäki, Lönnqvist, Lehtihalmes & Kaste, 2005) โดยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม (Berg, Palomäki, Lönnqvist, Lehtihalmes & Kaste, 2005; Cumming, Cadilhac, Rubin, Craft & Pearce, 2008; Kruithof, Post, Van Mierlo, Van Den Bosc, de Man-van Ginkel & Visser-Meily, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรวมกัน ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทั้งในด้านการดำเนินของโรคและความสูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เฉพาะในกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

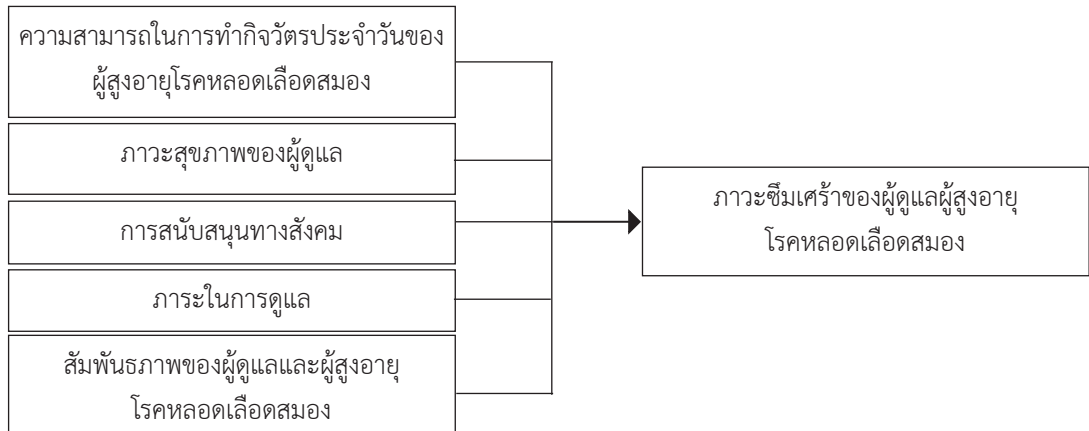
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาระในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเรื่องภาวะซึมเศร้าของ Beck (1978) ที่อธิบายไว้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อันได้แก่ความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หดหู่ รวมทั้งมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อ

ตนเอง รวมทั้งแนวคิดเรื่องผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งการดูแลเป็นกิจกรรมในการช่วยเหลือสนับสนุนต่อบุคคลที่มีความต้องการในด้านการดูแลและการฟื้นฟูสภาพโดยครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดำเนินชีวิตตามความต้องการของผู้รับการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความชำนาญการในวิธีการดูแล (World Health Organization, 2012) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Descriptive Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
- 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวและเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมิได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล
- 3) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากวิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป G* Power 3.1 โดยกำหนดใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาแบบสองทาง (Two-Tailed) ระบุอำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .25 และค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 (Grove, Burns & Gray, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 120 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ช่วยผู้ดูแล

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กรรภัทร อิมโธฐ (2550) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1987) แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี กรรภัทร อิมโธฐ (2550) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดนี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .76

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เซล เอดีแอล ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0-20 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบ พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างและมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ต่อมา นพวรรณ ผ่องใส (2552) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 แบบประเมินนี้มีการแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุจากคะแนนรวม ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

5 - 8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพารุนแรง

9 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพานกลาง

12 - 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีการพึ่งพา

5. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ดูแลจำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ตามความคิดเห็นโดยทั่วไปว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ สุขภาพดีมาก (4 คะแนน) สุขภาพดี (3 คะแนน) สุขภาพพอใช้ (2 คะแนน) และสุขภาพไม่ดี (1 คะแนน)

6. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยของ เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมของแบบวัดนี้อยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดี โดยเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

7. แบบวัดภาระในการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2538) ข้อคำถามทั้งหมดมี จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นภาระเชิงปรณัย จำนวน 6 ข้อ และภาระเชิงอัตนัย จำนวน 8 ข้อ

คะแนนรวมของแบบวัดนี้อยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน คะแนนมากหมายถึงผู้ดูแลมีภาระมาก (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2538) ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 ต่อมา (พรชัย จุลเมตต์, ลินจง โปธิบาล และประทุม สร้อยวงศ์, 2540) ได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

8. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ นิสารัตน์ เซตวรรณ (2538) ที่แปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1978) ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางร่างกาย 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ

10-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

16-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

โดยแบบวัดนี้มีค่าความตรงของเครื่องมือต้นฉบับเท่ากับ .84 ค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดภาวะในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .89, .87, .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย โดยคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพและขออนุญาต ขี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลและเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการลงนามยินยอม การเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งพิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละ 45 – 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะในการดูแล และ



การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามหลักการใช้สถิติดังกล่าวดังนี้ (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010)

3.1 ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

3.2 ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยการทดสอบสถิติ F-test พบว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($F=25.076, p=.000$)

3.3 ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ โดยการพิจารณาจากกราฟ Scatterplot พบว่าจุดห่างจากเส้นตรงที่ 0 กระจายใกล้เคียงกัน และจุดกระจายไม่เกิน ± 3 และ

3.4 ความอิสระของความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 1.786

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจาก ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขรับรองการวิจัยที่ 25/2557 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ.2557 หมดอายุใบรับรอง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	35.00
หญิง	78	65.00
$(M=45.60, SD=2.86, Min=20, Max=66)$		



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-40 ปี	45	37.50
41-60 ปี	53	44.17
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	22	18.33
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
บุตรชาย	18	15.00
บุตรสาว	51	42.50
บุตรสะใภ้	29	24.17
คู่สมรส	10	8.33
หลาน	12	10.00
ศาสนา		
พุทธ	120	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	52	43.33
สมรส	39	32.50
หม้าย/หย่า	29	24.17
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	10.00
ประถมศึกษา	64	53.33
มัธยมศึกษา	36	30.00
อนุปริญญา	8	6.67
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
5,000 - 10,000 บาท	18	15.00
10,001 - 15,000 บาท	42	35.00
15,001 - 20,000 บาท	33	27.50
มากกว่า 20,000 บาท	27	22.50



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	38	31.67
รับจ้าง	27	22.50
เกษตรกรรม	20	16.67
ค้าขาย	23	19.16
ธุรกิจส่วนตัว	12	10.00
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
5 – 10 ชั่วโมง	28	23.33
11 – 15 ชั่วโมง	40	33.34
16 – 20 ชั่วโมง	24	20.00
มากกว่า 20 ชั่วโมง	28	23.33
ผู้ช่วยผู้ดูแล		
มี	42	35.00
ไม่มี	78	65.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 44.17 มีอายุเฉลี่ย 45.60 ปี ($SD = 2.86$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 43.33 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 32.50 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่เป็นอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 31.67 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.50 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 35 รองลงมา มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรสาว ร้อยละ 42.50 รองลงมา เป็นบุตรสะใภ้ ร้อยละ 24.17 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวน 11-15 ชั่วโมง ร้อยละ 33.34 รองลงมา จำนวน 5-10 ชั่วโมง ร้อยละ 23.33) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 65

ตาราง 2 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรพยากรณ์	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
การสนับสนุนทางสังคม	-.393	.050	-.623	-7.828***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	-.378	.080	-.447	-4.713***

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรพยากรณ์	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
ภาระในการดูแล	.515	.103	.417	5.007***
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-1.963	.986	-.158	-1.991**
$R=.693$ $R^2=.408$ adjust $R^2=.388$ Constant 12.74 Overall F 19.836***				

** $p<.01$ *** $p<.001$

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองคือ การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลร่วมกัน ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้ร้อยละ 40.8 โดยมีสมการพยากรณ์ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สมการคะแนนดิบ ภาวะซึมเศร้า} &= 12.74 - 0.393 \text{ (การสนับสนุนทางสังคม)} - 0.378 \text{ (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)} + \\ &0.515 \text{ (ภาระในการดูแล)} - 1.963 \text{ (ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล)} \\ \text{สมการในรูปแบบมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้า} &= -0.623*Z \text{ (การสนับสนุนทางสังคม)} - 0.447*Z \text{ (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)} \\ &+ 0.417*Z \text{ (ภาระในการดูแล)} - 0.158*Z \text{ (ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล)} \end{aligned}$$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 17.5 ($r^2=.175$, $p<.01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ ได้รับการสนับสนุน 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1987) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลและการรักษา อาจเป็นรูปแบบการสอน การให้ความรู้ การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาหรือการใช้สื่อสารสนเทศต่าง ๆ ในการติดตามอาการผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น รวมถึงกรณีที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลมีโอกาสได้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่หรือพาไปพบแพทย์ที่รักษาประจำหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของตนเอง ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้าง มีการรับฟังความรู้สึกหรือปัญหาต่าง ๆ และความไม่สบายใจหรือความไม่สุขสบายของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการยกย่องชมเชยทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ามีที่พึ่งทางใจเมื่อมีปัญหา



3) การสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับการเห็นพ้อง การรับรองรวมถึงข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแล เป็นการทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่ดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำมาใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการสนับสนุนวัสดุ สิ่งของหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแล เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็น เตียง อุปกรณ์การให้อาหารทางสายยาง อุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น รวมทั้งการได้รับ การสนับสนุนด้านแรงงานหรือการบริการ การให้เวลา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในการดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cumming, Cadilhac, Rubin, Crafti & Pearce (2008) ที่ทำการศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 116 ราย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.305, p < .01$) และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 67.4 ($r^2 = -.674, p < .01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruithof, Post, Van Mierlo, Van Den Bosc, De Man-Van Ginkel & Visser-Meily (2016) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลและปัญหาทางด้านอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 2 เดือน และ 1 ปีหลังการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลในระยะ 2 เดือนได้ร้อยละ 36 ($r^2 = -.360, p < .05$) และในระยะ 1 ปีได้ร้อยละ 31.5 ($r^2 = -.315, p < .05$)

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 8 ($r^2 = .08, p < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการทำหน้าที่ของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมที่สำคัญประจำวันทั้ง 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืนอาหาร และการกลืนปัสสาวะ ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ได้เอง ก็จะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือต้องการเพียงเล็กน้อย แต่หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำกิจวัตรประจำวันเหล่านี้เองไม่ได้ ผู้ดูแลก็ต้องให้ความช่วยเหลืออันจะทำให้งานการดูแลมีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระงานที่หนัก ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 9.27 ($SD = 7.12$) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการให้การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นงานที่หนักและต้องใช้แรงกาย

ในการดูแล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruithof, Post, Van Mierlo, Van Den Bosc, De Man-Van Ginkel & Visser-Meily (2016) ที่ทำการศึกษาระยะของผู้ดูแลและปัญหาทางด้านอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 2 เดือน และ 1 ปี หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลในระยะ 2 เดือนได้ร้อยละ 23 ($r^2 = -.23, p < .05$) และในระยะ 1 ปี ได้ร้อยละ 16.4 ($r^2 = -.164, p < .05$)

3. ภาระในการดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 13.3 ($r = .133, p < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ภาระในการดูแล ประกอบด้วยภาระเชิงประนัย ซึ่งเป็นความยากลำบากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม และภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง (พรชัย จุลเมตต์, ลินจง โปธิบาล และประทุม สร้อยวงศ์, 2540) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตและอาศัยอยู่ที่บ้านนั้น มีความพิการที่หลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบกับจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 9.27 ($SD = 7.12$) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ดังนั้นจึงต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลในเรื่องต่าง ๆ ทุกด้านดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว หรือการเคลื่อนย้ายตัวเองภายในบ้าน รวมทั้งการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นต้น นอกจากนั้นแล้วยังต้องจัดการกับพฤติกรรม การสื่อสาร และการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นงานที่หนักและต้องใช้แรงกายและแรงใจในการดูแล เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (ขวัญตา บุญวาศ, จิตารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และ นิยมศุฑรา แว, 2560) อันจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระและส่งผลให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Camak, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruithof, Post, Van Mierlo, Van Den Bosc, De Man-Van Ginkel & Visser-Meily (2016) ที่ทำการศึกษาระยะของผู้ดูแลและปัญหาทางด้านอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 2 เดือน และ 1 ปี หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 2 เดือน ภายหลังการดูแลได้ร้อยละ 49.3 ($r^2 = .493, p < .05$) และระยะ 1 ปี ภายหลังการดูแลได้ร้อยละ 34.1 ($r^2 = .341, p < .05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci & Giger (2004) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จำนวน 52 ราย ผลการศึกษา พบว่า ภาระในการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.98, p < .01$ Odds Ratio = 1.05)



4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผลการศึกษานี้ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 2 ($r^2 = .02, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องการผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี เพื่อที่จะให้การดูแลได้อย่างปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้และสติปัญญา การที่ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อความผาสุกด้านอารมณ์ของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถที่จะให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุในระยะฟื้นฟูหายจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างปลอดภัย (Grant, Bartolucci, Elliot & Giger, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพในระดับดี ($M = 3, SD = 0.96$) เมื่อมีการรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพที่ดีก็จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับกิจกรรมการดูแล รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant, Bartolucci, Elliot & Giger (2000) ที่ทำการศึกษาค้นลักษณะของข้อมูลพื้นฐานทางสังคม ด้านร่างกายและด้านจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 52 ราย ผลการศึกษพบว่า ภาวะสุขภาพพร้อมกับตัวแปรอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 92.2 ($\beta = -1.27, p < .01$ Odds Ratio = 0.64).

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเพิ่มการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกันต้องหากิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจากผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาระของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

รายการอ้างอิง

- ขวัญตา บุญวาศ, ธีรรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และ นิยมศุฑรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1): 205-216.

- นพวรรณ ผ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสารัตน์ เขตวรรณ. (2540). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย จุลเมตต์, ลินจง โปธิบาล และประทุม สร้อยวงศ์ (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อการะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 11(1): 24-32.
- เพ็ญใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญอลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภรภัทร อิมโอรฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Berg, A., Palomäki, H., Lönnqvist, J., Lehtihalmes, M. & Kaste, M. (2005). Depression among Caregivers of Stroke Survivors. *Stroke*, 36: 639-643.
- Blonder, L. X., Langer, S. L., Pettigrew, L. C. & Garrity, T. F. (2007). The Effects of Stroke Disability on Spousal Caregivers. *NeuroRehabilitation*, 22: 85-92.
- Camak, D. J. (2015). Addressing the Burden of Stroke Caregivers: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2376-2382.
- Cumming, T. B., Cadilhac, D. A., Rubin, G., Crafti, N. & Pearce, D. C. (2008). Psychological Distress and Social Support in Informal Caregivers of Stroke Survivors. *Brain Impairment*, 9(2): 152-160.
- Denno, M. S., Gillard, P. J., Graham, G. D., DiBonaventura, M. D., Goren, A., Varon, S. F. & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and Depression Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors with Spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94: 1731-1736.



- Grant, J. S., Bartolucci, A. A., Elliot, T. R. & Giger, J. N. (2000). Sociodemographic, Physical, and Psychosocial Characteristics of Depressed and Non-Depressed Family Caregivers of Stroke Survivors. *Brain Injury*, 14(12): 1089–1100.
- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. R. & Giger, J. N. (2004). Sociodemographic, Physical and Psychosocial Factors Associated with Depressive Behavior in Family Caregivers of Stroke Survivors in the Acute Care Phase. *Brain Injury*, 18(8): 797-809.
- Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2012). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New York: Pearson Education International.
- House, J. S. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2(1): 135-146.
- Kruithof, W. J., Post, M. W. M., Van Mierlo, M. L., Van Den Bosc, G. A. M., De Man-Van Ginkel, J. M. & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Caregiver Burden and Emotional Problems in Partners of Stroke Patients at Two Months and One Year Post-Stroke: Determinants and Prediction. *Patient Education and Counseling*, 99: 1632–1640.
- Rosenberg, E., Jullamate, P. & Azeredo, Z. (2009). Informal Caregiving: Cross-Cultural Applicability of the Person-Environment Model. *Health Sociology Review*, 18(4): 399-411.
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A. R., Engedal, K. & Laake, K. (2002). The Psychosocial Burden on Spouses of the Elderly with Stroke, Dementia and Parkinson's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 78-84.