

RELATIONSHIPS BETWEEN CARE BURDEN, COPING BEHAVIORS, HEALTH STATUS, AND DEPRESSION OF FAMILY CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS*

Panyakarn Piromkit, B.N.S. **, Darunee Rujkorakarn, Ed.D. ***

Abstract

Objective: This research examined the relationships between care burden, coping behavior, health status and depression among caregivers of bedridden patients.

Methods: The sample consisted of 270 caregivers of bedridden patients in a northeastern province of Thailand. Data were collected using a personal information questionnaire, the Jalowiec Stress Coping Scale, Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Depression assessment (HRSR-Scale), and Short Form Health Survey (SF-12). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

Results: The relationship between depression and coping behavior was negative and of low value ($r = -.27$, $p < .01$). The relationship between depression and care burden was positive and high ($r = .64$, $p < .01$). The relationship between depression and health status was negative and moderate ($r = -.57$, $p < .01$).

Conclusion: The results of this study support Pearlin's concept of stress processes and may be used in promoting, preventing, and reducing depression in caregivers of bedridden patients.

Keywords: depression, caregiver, burden, coping behavior, health status

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Student, Master of Nursing Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: darunee.r@msu.ac.th

Received: 24 May 2023, Revised: 11 July 2023, Accepted: 18 July 2023

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง*

ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ, พย.บ.**, ดร.ณิ รุจกรกานต์, Ed.D.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก แบบประเมินภาระในการดูแล (ZBI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HRSR-Scale) และแบบประเมิน Short Form Health Survey (SF-12) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา : ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.27, p < .01$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r = .64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.57, p < .01$)

สรุป : ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดกระบวนการความเครียดของ Pearlin เพื่อการทำความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ภาระในการดูแล, พฤติกรรมการเผชิญปัญหา, ภาวะสุขภาพ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: darunee.r@msu.ac.th

วันที่รับ: 24 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 11 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 18 กรกฎาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยจิตตติเยง เป็นประเด็นสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย จากสถิติในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตตติเยงสะสม จำนวน 508,257 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งผู้ป่วยจิตตติเยงเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ และมีข้อจำกัดในความสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พบความต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (Tantirat et al., 2020) ตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ลดลง ซึ่งมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลถึงความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Handicap International, 2015) รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเมะเร็งระยะสุดท้าย โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ (Aysun & Nesrin, 2019) ซึ่งส่วนมากมีการดูแลที่ย่งยาก ซับซ้อนและต้องใช้เวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมด้วย และอาจจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมโดยตรง ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลได้ สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือญาติต้องรับหน้าที่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เสียโอกาสในการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ศรีเรือน ดิพูน (2562) ศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 16,000 บาท/เดือน ดังนั้น จากสถานการณ์การ

เพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจิตตติเยงส่งผลต่อการเกิดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ให้เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สังคมไทย โดยเฉพาะสังคมในครอบครัวชนบทหรือครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้ให้การดูแลมักจะเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยจิตตติเยง ซึ่งเรียกว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสัมพันธภาพและความผูกพันทางครอบครัว ไม่ได้รับค่าตอบแทน และอาจไม่เคยได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยจิตตติเยง (กิริติ กิจธีระวุฒินันท์ และ นิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2561) จากวัฒนธรรมไทยที่มีมาทำให้เกิดการช่วยเหลือดูแลญาติหรือบุคคลในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยหรือพิการจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในชนบทมักจะมีการดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงโดยผู้ดูแลจำเป็นหรือผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เพราะครอบครัวมีฐานะยากจน รายได้ไม่เพียงพอที่จะจ้างผู้ดูแลแบบทางการได้ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) ประกอบกับปัจจุบันจำนวนผู้ดูแลแบบเป็นทางการหรือที่ได้รับการอบรมยังมีจำนวนน้อยกว่าความต้องการ การที่สมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตติเยง โดยอาจต้องลาออกจากงานที่ทำอยู่รับหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคยและอาจไม่ได้รับการอบรมหรือคำแนะนำอย่างเพียงพอ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สาธารณรัฐ

มอลตา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 46.7 (Muscat & Scerri, 2018) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเหนื่อยล้าสะสม อ่อนเพลีย และปัญหาทางการเงิน (Ugur & Erçi, 2019) แต่ผู้ดูแลยังก่อให้เกิดดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้วยความรู้สึกรักและความผูกพันต่อผู้ป่วย ดังนั้น การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงภาระที่ตนเองอาจจะมีพร้อมหรือไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยติดเตียง ย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ที่อาจทำให้เกิดความเครียด ความยากลำบาก ความมีอิสระลดลง และกระทบความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะปัญหาที่เผชิญในแต่ละวันของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนมากพบว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองเดือนเป็นต้นไป (อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561) ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 (Kazemi et al., 2021) และจากการศึกษาในประเทศของศิรินทิพย์ นิมิตร ภูวดล (2565) พบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) นับได้ว่าภาระในการดูแลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ดูแล

ลาซาเลซและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งภายนอกมาคุกคามเกินความสามารถที่ตนเองจะรับได้ แต่ละบุคคลจะมีความพยายามรักษาภาวะสมดุลของจิตใจโดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาที่รบกวนและสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ให้คงอยู่อย่างปกติ ในต่างประเทศมีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Hilgeman et al., 2009) ซึ่งมีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.369, p < 0.01$) (Muscat & Scerri, 2018) และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน (Kazemi et al., 2021) โดยผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญปัญหาด้วยมุมมองบวกต่อเหตุการณ์ ดังนั้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาจึงมีความสัมพันธ์ต่อการรับมือด้านสุขภาพจิตในตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญปัญหา

ผลลัพธ์ที่อาจจะตามมาจากการสำเร็จหรือล้มเหลวของการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลย่อมกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ คือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใสสามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Denyes et al., 2001; Pender et al., 2011) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอย ประกอบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพจิต โดยจะเน้นเฉพาะไปที่ภาวะซึมเศร้าที่พบมากในกลุ่มผู้ดูแล (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, 2564) การที่ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กัญนิกา อยู่สำราญ และคณะ, 2565) การศึกษาภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของฉัชศพา หลงผาสุข และคณะ (2561) พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 88.46 มีสุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงหลังเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล อาการส่วนใหญ่ที่พบคือ เหนื่อยเมื่อยล้า และอ่อนเพลีย เป็นต้น โดยมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของคอร์มิโอและคณะ (Cormio et al., 2014) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.577, p = .000$) คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ($r = -.315, p < 0.05$) (Muscat & Scerri,

2018) จากผลการวิจัยดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยในทางจิตใจแสดงออกในลักษณะของความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

เมื่อได้ศึกษาถึงสิ่งที่เป็ผลตามมาจากกาดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเมื่อดูแลไประยะหนึ่งจะรับรู้ถึงการดูแลซึ่งส่งผลให้การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อเกิดผลในทางลบต่อสุขภาพกายและจิต ที่มีแนวโน้มเกิดความเครียดและจะตามด้วยภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคจำนวนมาก แต่ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเกิดจากสาเหตุของโรคหรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันยังมีจำกัด ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงชุมชนและสังคม ในขณะที่สถานการณ์สังคมไทยที่มีผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดเตียงจำนวนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (อมรา ขุพลศักดิ์ และคณะ, 2561) ซึ่งความรู้นี้จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถเผชิญภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการ

ดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระ ในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะ สุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความ สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติด เทียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ มาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มี ลักษณะเป็นพลวัตรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับบริบท เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัวหรือสังคม ที่อยู่อาศัย และ ระยะเวลาในการดูแล เป็นต้น 2) สิ่งที่เกิดจากความเครียด เช่น ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

กิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายวัน ระดับความ รุนแรงของโรคผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่ และความตึงเครียด ภายในจิตใจ 3) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และการสนับสนุน ทางสังคม และ 4) ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของ ความเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ คุณภาพชีวิต เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะ สัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็น พลวัตร ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของ ผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม และสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจาก การดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) โดยผู้ดูแลจะเกิด ความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จาก การศึกษาของชนาธิษฐ์ วิจิตรพันธ์ (2559) พบว่า ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การ ดูแลผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนแรกถึง 5 ปี อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงต้องการ การดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลส่งผลต่อ ความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบว่าผู้ดูแล ขาดความใส่ใจหรือความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย ตามมา ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Watchara et al., 2022) โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพทางด้านร่างกาย หรือโรคประจำตัว ความต้องการในการมีผู้ช่วย

ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Rajovic et al., 2021)

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) หมายถึงการที่ผู้ดูแลใช้กระบวนการคิด การรับรู้ระดับปัญหาและอุปสรรค ในการหาเหตุผลที่เหมาะสม เพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเอง จากเหตุการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุล ซึ่งจาโลวีก (Jalowicz, 1988) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด โดยแบ่งกลวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

ภาวะสุขภาพ หมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์ จิตใจแจ่มใส สามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง (Denyes et al., 2001; Pender et al., 2011) สุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นมักพบอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีโรคประจำตัว การนอนหลับพักผ่อนที่น้อยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อระบบสุขภาพตามมา บางกรณีพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มผู้ดูแลวัยสูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมในระบบร่างกาย เช่น สายตาดูการมองเห็น การได้ยินไม่ชัดเจน ระบบขับถ่ายเสื่อมถอย การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย (Handicap

International, 2015) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอย ประกอบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพจิต

ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายที่ดี ไม่มีโรคประจำตัว หรือไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจส่งผลต่อการมีสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีหรือมีประสิทธิภาพก็อาจจะทำให้ความรู้สึกดีเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยลดลง โดยมองอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการปรับสมดุลภายในจิตใจต่อความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือภาระในการดูแล โดยผู้ดูแลแต่ละบุคคลย่อมมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไป กรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และภาระในการดูแล อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1

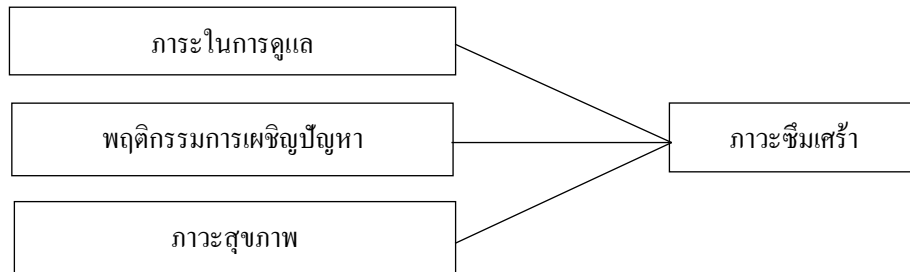
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน จำนวน 270 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและยังคงดูแลต่อเนื่องขณะดำเนินการวิจัยนี้ 2) ฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งมีขั้นตอน คือ จับฉลากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมด 16 อำเภอ มาเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 อำเภอ แล้วจับฉลากสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่กำหนดได้ จนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก ผู้วิจัยจะจับฉลากรายชื่อที่เหลือให้ได้ตามจำนวนที่ถูกต้อง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) ประชากรที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด

829 คน (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ .05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน และผู้วิจัยไม่ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เหลือทดแทนจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ

สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) จำนวน 9 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยใช้วิธีนั้น) ถึง 5 (ใช้วิธีนั้นทุกครั้ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี และแบ่งเป็นคะแนนสัมพัทธ์รายด้านซึ่งบ่งบอกถึง สัดส่วนการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแต่ละด้าน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01 - 1.00 คะแนนสัมพัทธ์ของด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านนั้นมากกว่า จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .93 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดยซาริต (Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิดาคุชฎี ทุลศิริ และคณะ (2554) มีข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (ประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 88 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ภาระในการดูแลมาก

และแบ่งภาระในการดูแลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาระ (0 - 20 คะแนน) น้อยถึงปานกลาง (21 - 40 คะแนน) ปานกลางถึงมาก (41 - 60 คะแนน) และมาก (61 - 88 คะแนน) จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .94 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Health-Related Self-Reported Scale: HRSR) พัฒนาโดยกษานติกุล และคณะ (Kasantikul et al., 1997) มีข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 17 ข้อ และด้านบวก 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 3 (บ่อยๆ) และมีการกลับคะแนนในข้อความหมายทางบวก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .82 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .75

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Short Form Health Survey: SF-12) พัฒนาโดย องค์การ Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 3 ระดับ จำนวน 2 ข้อ ตั้งแต่ 1 (มากที่สุด) ถึง 3 (ไม่เคยเลย) และ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตั้งแต่ 1 (ตลอดเวลา) ถึง 5 (ไม่เคยเลย) คะแนนรวมอยู่

ระหว่าง 12 - 56 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี และคะแนนรวมเมื่อแปลงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะสุขภาพที่ดี จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .91 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับ การ อนุ มัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้นผู้วิจัยพบสาธารณสุขอำเภอทั้ง 5 อำเภอ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข สถานที่เก็บข้อมูลคือบ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลมีพื้นที่ความเป็นส่วนตัว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บ สติธิ ในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมด โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2565 เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้วผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามทั้งหมดมา

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 155-075/2565 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับ และปฏิเสธ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอม การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการสุขภาพ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือ 55.2 ปี ($SD = 11.9$) สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.7 ลักษณะการอยู่อาศัย อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน คิดเป็นร้อยละ 38.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ย ร้อยละ 64.1 เป็นบุตร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี ร้อยละ 52.2 ($SD = 2.3$) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 14.1 ชั่วโมง ($SD = 4.1$) และได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ร้อยละ 15.2 เป็นบุคคลในครอบครัวหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยคิดเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7 อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คือ 74.8 ปี ($SD = 17.0$) เป็นหม้ายร้อยละ 51.5 ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นทำให้ผู้ป่วยคิดเฉลี่ยพบโรคทางกาย ร้อยละ 67.8 รองลงมาสุขภาพ ร้อยละ 23.7 และโรคทางจิต ร้อยละ 6.7

2. ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-51 คะแนน ($M = 27.41$, $SD = 10.28$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง พฤติกรรมการเผชิญ

ปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 94 - 140 คะแนน ($M = 118.05$, $SD = 10.29$) มีสัดส่วนคะแนนสัมพัทธ์รายด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38-79 คะแนน ($M = 63.94$, $SD = 7.95$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงหรือมีภาวะสุขภาพดี ภาวะซึมเศร้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2 - 27 คะแนน ($M = 10.81$, $SD = 4.69$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ย

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าพฤติกรรม การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27$, $p < .01$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64$, $p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57$, $p < .01$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแล อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.41$,

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ระดับภาระในการดูแล ระดับภาวะสุขภาพ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยรวม (n = 270)

ตัวแปร	Range		Mean	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	36 - 180	94 - 140	118.05	10.29	-
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13 - 65	26 - 60	42.76	6.38	
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9 - 45	11 - 36	23.28	3.69	
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	14 - 70	38 - 64	52.01	4.19	
ภาระในการดูแล	0 - 88	9 - 51	27.41	10.28	น้อยถึงปานกลาง
ภาวะสุขภาพ	0 - 100	38 - 79	63.94	7.95	สูง
ภาวะซึมเศร้า	0 - 60	2 - 27	10.81	4.69	ต่ำ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n = 270)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	1.00			
2. ภาระในการดูแล	-.27**	1.00		
3. ภาวะสุขภาพ	.18**	-.46**	1.00	
4. ภาวะซึมเศร้า	-.27**	.64**	-.57**	1.00

**p < .01

SD = 10.28) สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ นิमितภูวดล (2565) พบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย (M = 29.64, SD = 12.20) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี (M = 118.05, SD = 10.29) โดยมีสัดส่วนคะแนนสัมพัทธ์รายด้านที่สูงสุดคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของมัสกัต และเชอร์รี่

(Muscat & Scerri, 2018) พบว่ามีระดับการเผชิญปัญหาที่ดีและผู้ดูแลใช้การจัดการปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวระหว่างได้รับบทบาทหน้าที่ ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (M = 63.94, SD = 7.95) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกระทบต่อความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของ

ผู้ดูแล (ฉันทพา หลงผาสุข และคณะ, 2561; สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2562) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) อยู่ในวัยทำงานที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ มีพื้นฐานสุขภาพที่ดี และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 10.81$, $SD = 4.69$) อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ ที่ดีอาจส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลที่ลดลง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐาน สิ่งกระตุ้น และตัวแปรกั้นกลาง เป็นลักษณะพลวัตรและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลกับภาวะซึมเศร้า อภิปรายผลได้ว่าลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (ร้อยละ 72.6) ที่มีโรคประจำตัว บางรายมีโรคร่วมไม่ต่ำกว่าสองโรค โรคทางกายที่พบเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล โดยเฉพาะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2558) ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมงและระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ปี พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 40.4) อายุเฉลี่ย 55.2 ปี จากอายุของผู้ดูแลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุบางรายอาจมีสภาพร่างกายที่เริ่มถดถอย และ

ยังคงประกอบอาชีพหรือทำงานอยู่ (ร้อยละ 70) ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาที่มีการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.4$) ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดในการซื้อค่าถามคือ รู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย และรองลงมาคือ รู้สึกว่าสุขภาพไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ภาระในการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเอง การพักผ่อนลดลง มีการศึกษาในประเทศตุรกี ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ส่วนมากผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองปีขึ้นไป (Aysun & Nesrin, 2019) และสนับสนุนแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวคือภาระในการดูแลเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อผู้ดูแลมีระดับภาระในการดูแลที่น้อยจึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลงน้อยลงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีภาวะซึมเศร้าระหว่างการดูแลที่มากขึ้นตามมาด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมธรรส และคณะ (Phannarus et al., 2017) พบว่ามีปัจจัยที่กระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยคือ เรื่องระยะเวลาการ

ดูแล และบทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างดูแล ทำให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการใช้ระยะเวลายาวนานและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง (ชาลินี สุวรรณยศ และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2561) รวมทั้งการศึกษาระยะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .05$) (อมรา ชูพลสัถย์ และคณะ, 2561) และการศึกษาของศิรินทิพย์ นิमितภูวค และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบระดับภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 8 ชั่วโมง ($r = .378, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.603, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลที่ย่างยากซับซ้อน เฉพาะโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญต่อความรู้สึกและบทบาทหน้าที่ในการดูแลเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งต่อตนเองและระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับ

ปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด รูปแบบการเผชิญปัญหาด้านนี้คือการที่ผู้ดูแลเลือกเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้ต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าในมุมมองที่ดี ในขณะที่ปัญหายังคงดำเนินอยู่ (Jalowiec et al., 1984) และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ใช้ระยะเวลาดูแลเฉลี่ยต่อวันนานถึง 14 ชั่วโมง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและปรับตัวในบทบาทหน้าที่ตนเองได้ ทำให้ทักษะด้านการเผชิญปัญหาดีหรือมีประสิทธิภาพ (ชนิกานต์ ส่วนบุญ และคณะ, 2562) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ประกอบด้วย กลุ่มสมรส บุตรและหลาน (ร้อยละ 38.1) ทำให้ช่วงระยะเวลาในการดูแลและระหว่างการเผชิญปัญหามีบริบทสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือหรือให้กำลังใจ (Le & Ibuka, 2023) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวคือพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรคั่นกลางของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาลดลง ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในรัฐมอลตาพบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.369, p < 0.01$) โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (Muscat & Scerri, 2018) และการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์คินสันพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.251, p < 0.05$) (ลินจง โปธิบาล และคณะ, 2562) ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ประเทศแอฟริกาพบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดีส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดน้อยลงเช่นกัน (Hilgeman et al., 2009) และมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน เช่นจากการศึกษาของภาสิตา และคณะ (Pasitta et al., 2013) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .02, p < .001$) และการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศอิหร่าน (Kazemi et al., 2021) พบว่าผู้ดูแลมีการใช้การพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทุกรูปแบบ โดยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .238, p < 0.012$) จากทิศทางการความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในบางการศึกษา อธิบายได้ว่าเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในด้านปัจจัยพื้นฐาน เช่น สภาพสังคม วัฒนธรรมการอยู่อาศัย และความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงเกิดการปรับตัว ปรับเปลี่ยนมุมมองและ

จัดการกับอารมณ์ที่กระทบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในด้านบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 40 - 60 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงมีค่าคะแนนภาวะสุขภาพดี ($M = 28.2, SD = 3.5$) ข้อคำถามที่ผู้ดูแลให้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ไม่สามารถทำงานทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น และข้อคำถามที่ให้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ปัญหาการเจ็บป่วยตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ จากข้อคำถามจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงมีอาการเจ็บป่วยทางกายแต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงอย่างต่อเนื่องไม่ละเว้น รวมทั้งรูปแบบด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยจิตตเพียง (ร้อยละ 64.1) เป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันทางสายเลือด มีความรู้สึกใกล้ชิดด้วยความรัก ความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองและดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นควบคู่กันไป (Gerain & Zech, 2019) เพื่อที่จะยังคงให้การดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงต่อไปได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี (ร้อยละ 52.2) เป็นช่วงที่ภาวะสุขภาพทางกายอาจไม่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ดูแล เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้นหรือภาวะสุขภาพที่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ผลการวิจัยเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของการเกิดภาวะซึมเศร้า (background and contextual variables) คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่ดี จะส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์มิโอ และคณะ (Cormio et al., 2014) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประเทศบราซิล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.577, p = .000$) และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในสาธารณรัฐมอลตา พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.315, p < 0.05$) (Muscat & Scerri, 2018)

แม้ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจากการวิจัยฉบับนี้ไม่เป็นปัญหาต่อกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะสุขภาพที่ดี อาจเนื่องจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล หรือปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ยังยั้งต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยภาวะสุขภาพในกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่พบว่าภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลกระทบต่อการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (ณัชศพา หลงผาสุข และคณะ, 2561) รวมทั้งการศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแล และมีการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562) โดยอาการทางกายที่พบส่วนมาก ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ (สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2562) แต่ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังลงมีความสำคัญ ควรติดตามและส่งเสริมความสมดุลของภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะภาวะสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

สรุปผลการวิจัย

ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการรับรู้ภาระเป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก จากบทบาทหน้าที่ที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก ในการแก้ไขอุปสรรคจากเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน เพื่อ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และการกลับคืนสู่ภาวะสมดุลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สนับสนุนรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและบุคลากรด้านสาธารณสุขในการทำความเข้าใจและให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ค้นหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนกับผู้ดูแล ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมฟื้นฟูหรือเสริมสร้างสุขภาพร่างกายในกลุ่มผู้ดูแล เพื่อช่วยส่งเสริมป้องกันและลดผลกระทบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. หน่วยบริการปฐมภูมิหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควรตระหนักถึงการติดตามในระยะยาวและความต่อเนื่องในกลุ่มนี้ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรืออาจมีแนวโน้มที่แย่ลง

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อเพิ่มความรู้ในการทำความเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอธิบายภาวะซึมเศร้าด้านการวิจัยที่กว้างยิ่งขึ้น

2. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะใน

การดูแลและภาวะสุขภาพ มาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3. ควรคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (30 กันยายน 2565). *โปรแกรม 3C ระบบการดูแลระยะยาว*. http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp
- กัญนิภา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และ พานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 1-16.
- กิริติ กิจธิระวุฒิกัญ และ นิทรา กิจธิระวุฒิกัญ. (2561). ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข*. บริษัท วจนจินดา ครีเอชั่น จำกัด.
- ชนัญชิดาคุณฤ์ ทูลศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชาลินี สุวรรณยศ และ ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4), 229-239.
- ชนิกานต์ ส่วนบุญ, ภูมิ ชมพูศรี, และ จิตรลดา อุทัยบุญย์. (2562). การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจและความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 62-69.

นัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 98-109.

ชนาสีทิพย์ วิจิตราพันธ์. (2559). ความทุกข์และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 6(1), 56-62.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, และ นรัชพร ศศิวงศากุล. (2562). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 62-75.

วิรัช เกษมทรัพย์, พรณทิพา สักดิ์ทอง, และ กนกพร ปุ่ฟ้า. รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง ถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. 2550.

ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล, พรชัย จุลเมตต์, และ นัยนา พิพัฒน์วิมลชา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(4), 1-12.

ศรีเรือน ดิพน. (2562). ต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารโรงพยาบาลศรีสะเกษ* สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 275-289.

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2558). *คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน*. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุญ สุริยวงษ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิรัช เอกพลกร, และ บรรณ สิริพันธ์. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)*. บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.

สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และ กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *ราชวาทิศาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 69-89.

อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ นัดดา แบนเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.

Aysun, B., & Nesrin, I. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The journal of Nursing Research*, 27(3), 1-9.

Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 5(1342), 1-8.

Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., & SozWiss. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.

Gerain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver Burnout Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 1-13.

Handicap International. (2015). *Disability in humanitarian context Views from affected people and field organisations*. France: Handicap International Federation. <https://www.un.org/disabilities/documents/WHSDisability-in-humanitarian-contexts-HI.pdf>

Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (16 พฤศจิกายน 2564). *รายงานการคัดกรองผู้มีภาวะพึ่งพิง*. https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pfmated/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

Hilgeman, M. M., Durkin, D. W., Sun, F., DeCoster, J., Allen, R. S., Gallagher, D., & Burgio, L. D. (2009). Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer's Caregiver With Race as a Moderator. *The Gerontologist*, 49(2), 248-261. doi: 10.1093/geront/gnp015

- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In *Measurement of client outcome* (pp. 236-308). New York: Springer Publish Company.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Poewrs, M. J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161. Retrieved from https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1984/05000/Psychometric_Assessment_of_the_Jalowiec_Coping.8.aspx
- Kasantikul, D., Karnjanathanalers, N., Limsuwan, N., Thongtang, O., Vuthiganond, S., Khuangsirikul, V., Tantipiwatanakul, P., & Theeramoke, V. (1997). Health-related self-report (HRSR) scale: the diagnostic screening test for depression in Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 80(10), 647-657.
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregiver of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(51), 1-9.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.
- Le, D. D., & Ibuka, Y. (2023). Understanding the effects of informal caregiving on health and well-being: Heterogeneity and mechanisms. *Social Science & Medicine*, 317, 1-9.
- Muscat, M., & Scerri, C. (2018). Coping with anxiety, Depression, Burden and Quality of life in informal primary caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *The journal of aging research and lifestyle*, 7, 128-135.
- Pasitta, O., Rungnapa, P., Kanaungnit, P., Vorapun, S., Therase, A. H., & Dechavudh, N. (2013). Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 167-180.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pender N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Ed). Upper Saddle River, N.J: Pearson.
- Phannarus, H., Muangpaisan, W., Siritipakorn, P., Junkhum, S., Pitiyarn, S., Pengsorn, N., & Pisansalakij, D. (2017). Relationship between caregiver's factor, level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological experienced by caregiver of people with dementia. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 16, 70-79.
- Tantirat, P., Suphanchaimat, R., & Rattanathumsakul, T. (2020). Projection of the Number of Elderly in Different Health States in Thailand in the Next Ten Years, 2020-2030. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8703), 1-12.
- Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., et al. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A path Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9577), 1-12.
- Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2), 321-332.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Watchara, T., Frank, K., Katri, V.-J., & Hannele, T. (2022). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Critically Ill Elderly Patients: A Systematic Review. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 87-102. Retrieved from http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_pp_87_102-Watchara.pdf
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis* (3th Ed). Harper and Row Publishers.
- Zarit, S. H. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. Pennsylvania State University: Gerontology Center.

Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.