

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

Relationships between sense of coherence, burden, social support and depression among caregivers of dementia patients

อมรา ชูพลสตัย* ดวงใจ วัฒนสินธุ์** และชนัดดา แนนบเกสร**

Amara Choupolsat,* Duangjai Vatanasin,** and Chanudda Nabkasorn**

*โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

**Faculty of Nursing, Burapha University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก 4) แบบประเมินภาวะในการดูแล และ 5) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 73.32 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 20 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 16.66 ภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 31.11 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 5.55 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .05$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.223, p < .05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = 0.135, p > .05$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม, ภาวะซึมเศร้า, ความเข้มแข็งในการมองโลก, ภาวะการดูแล, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

The purpose of this descriptive correlational study was to examine depression among caregivers of dementia patients and test its relationships with sense of coherence, burden, and social support among caregivers of dementia patients. The sample of 90 caregivers of dementia patients from the Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, was purposively selected. Research instruments consisted of five self-report questionnaires including personal information, Beck's Depression Inventory, Sense of coherence, Caregiver Burden of Patient with Dementia and Social Support Scale. Descriptive statistics were employed to analyze the data.

The results revealed that 73.32% of caregivers of dementia patients had depression. For depression caregivers, 20% had mild depression, 16.66% had moderate depression, 31.11% had high depression, and 5.55% had severe depression. From correlational analysis, it was found that depression had significantly positive correlation with burden ($r = 0.628$, $p < .05$) and had negative correlation with social support among these caregivers ($r = -0.223$, $p < .05$). On the other hand, sense of coherence was not significantly correlate with depression ($r = 0.135$, $p > .05$).

Keywords: Caregivers of Dementia Patient, Depression, Sense of Coherence, Burden, Social Support

ความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น World Health Organization และ Alzheimer's Disease International (2012) คาดการณ์ว่าในช่วงปี ค.ศ. 2000-2050 ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีมีอาการสมองเสื่อมร้อยละ 3 และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 85 ถึง 89 ปีมีอาการสมองเสื่อมถึงร้อยละ 30 จากการคาดการณ์พบว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูงถึง 118 ล้านคน ในประเทศไทย จึงถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของสมองส่วนหน้าทำให้ความบกพร่องทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมก้าวร้าว การดำเนินโรคที่รุนแรงจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ช่วยในการดูแล

กิจวัตรประจำวัน การคิด การตัดสินใจ ความจำ การควบคุมปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555) จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้มีการรับรู้การการดูแลสูง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Weiland & Shellenbarger, 2002)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้รู้สึก ห่อเหี่ยว เบื่อหน่าย สิ้นหวัง และซึมเศร้า ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เปราะบาง ส่งผลต่อความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (Beck, 1967) รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin "Pearlin's stress process model" (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) เป็นรูปแบบเชิงทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายกระบวนการความเครียดและผลของความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีสมมติฐานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล

ผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน โดยเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ เชื่อมโยงและผสมผสานกันอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรของ ปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน และบริบท ซึ่งเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เช่น ความ คิด การรับรู้ บุคลิกภาพ ลักษณะอาการ และ ความรุนแรง ของโรค ผู้ดูแลที่มีปัจจัยเหล่านี้จะมีสิ่งที่จะก่อให้เกิด ความเครียดสองระดับ คือ 1) ความเครียดระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมการ ดูแล เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อ 2) ความเครียดระดับทุติยภูมิ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว เมื่อผู้ดูแล เกิดความเครียดสองระดับนี้มีตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการช่วยบรรเทาความรุนแรงของ สถานการณ์หรือความตึงเครียดนั้นลงได้แก่ แรงสนับสนุน ทางสังคม การเผชิญปัญหา หากตัวแปรคั่นกลางมีไม่ เพียงพอก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด ก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ของความเครียดทางลบในการรับรู้ ภาวะในการดูแล หรือปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นเบาหวาน (Eriksson & Lauri, 2000) ส่วนการรับรู้ภาวะการดูแลของ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ เกิดความทุกข์ใจ ความอ่อนล้า มีเวลาเข้าสังคมน้อยลง เกิดความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Tyerman & Booth, 2001) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรคั่นกลาง ระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและผลลัพธ์ของความเครียด โดยจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์หรือความ ตึงเครียดลง จากการศึกษพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.48, p < .01$) (จงลักษณ์ ทวีแก้ว และชนพร จิตปัญญา, 2558)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยังพบข้อ ข้างน้อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และพัฒนาโปรแกรมเพื่อ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งใน การมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลและมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุน ทางสังคม

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์มา จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่เชื่อว่าการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความเครียด สะสมและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยเลือกความ เข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของ ความเครียดของผู้ดูแล ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล เป็น ความเครียดทุติยภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ตัวแปรคั่นกลาง และภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ หาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆในการดูแลผู้ป่วย 2) ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้สูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยีนารากร, 2553) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 90

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และ 1.2) ข้อมูลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) พัฒนาโดย Beck (1967) แปลเป็นภาษาไทยโดย โสภณี โหรสัทธศิริ พิพงษ์พิพิธศักดิ์ และ แจค แกนเดอร์ (2540) มีข้อความถามเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าทางร่างกายและจิตใจในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 21 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับกำหนดคะแนน 0-3 การแปลผลระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) มีระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) มีระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) มีระดับมาก (20-29 คะแนน) และมีระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)

3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ (SOC-13) พัฒนาขึ้นโดย Antonovsky (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2532) มีจำนวน

13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ กำหนดคะแนน 1-7 ตามลำดับ การแปลผล ใช้ผลรวมของคะแนนมากแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

แบบประเมินในข้อ 2 และ 3 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในการศึกษากับผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

4. แบบประเมินภาระในการดูแล ใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลที่พัฒนาโดย ชนัญชิตา ดุษฎีทูลศิริ, รัชนิ ศรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) มีจำนวน 22 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน 0-4 ตามลำดับ การแปลความหมาย คะแนนสูงแสดงว่ารู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำและประภาศรี พงษ์มีผล (2548) มีจำนวน 15 ข้อ ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความรัก การได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง การได้รับการยอมรับของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคม การได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ใช้มาตราประมาณค่า 7 ระดับได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก กำหนดคะแนน 1-7 ตามลำดับ

แบบสอบถามในข้อ 4 และ 5 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในการศึกษากับผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 0.93 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 08-05-2558 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับการรักษาหรือการให้บริการอื่นๆ โดยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2558 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แล้วจึงขอความร่วมมือให้ตอบเครื่องมือวิจัยทั้ง 5 ฉบับในห้วงที่มีความเป็นส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย เมื่อตอบเสร็จผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และเก็บกลับโดยใส่ซองที่ปิดผนึก

การวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลร้อยละ 82.2 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี ($SD = 12.3$) ร้อยละ 67.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 31.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 32.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.1 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 50 มีความเกี่ยวข้องกับเป็นบุตรของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและร้อยละ 38.9 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 2-5 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 6.7 ปี ส่วนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 53.3 เป็นเพศหญิง 48 คนอายุเฉลี่ย 71.1 ปี ($SD = 10.1$) ร้อยละ 63.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.6 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท

2. ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.67 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73.32 จำแนกระดับได้ดังนี้ ร้อยละ 31.11 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และร้อยละ 16.66 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่วนมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงพบเพียงร้อยละ 5.55

ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.54 ($SD = 7.26$) ภาวะในการดูแลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.11 ($SD = 12.83$) และแรงสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.21 ($SD = 9.19$)

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะในการดูแล ($r = 0.628$, $p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.223$, $p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = 0.135$, $p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73.32 ซึ่งสูงกว่าที่ วรธนโรจน์ ภาคภกร (2559) รายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.8 และเชิดชาย ชยวัฑฒ (2559) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.83 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความเครียดจากการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน (Pearlin et al., 1990) ผู้ดูแล มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 6.7 ปี และมีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานที่ยังต้องประกอบอาชีพ ความ

รู้สึกกดดันเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ตามพัฒนาการของตนเอง การสูญเสียรายได้ของครอบครัวจากการลาออกจากงาน และการไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอาจทำให้รู้สึกตึงเครียด อ่อนล้า และทำให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก

2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับการดูแล และมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเมื่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลมากขึ้น ความเครียดมากขึ้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและนำไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin และคณะ ที่กล่าวว่า ภาระในการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระบวนการของความเครียดในการดูแลผู้ป่วยถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยสูงโดยต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลค่อนข้างมากเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตสูงจะรู้สึกเป็นทุกข์ ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ และมีภาวะซึมเศร้าสูง

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin และคณะ (1990) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดหรือภาวะกดดันจากการดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งเป็นตัวแปรต้นกลางในการช่วยบรรเทาหรือลดความรุนแรงของความเครียดนั้นลง จะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีแนวโน้ม รับฟัง ให้

คำแนะนำช่วยเหลืองานหรือการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล มีแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือหรือแบ่งเบาภาระทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวัง กำลังใจ และมีภาวะซึมเศร้าน้อย สอดคล้องกับชุดมติมติสิงห์ (2552) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของแม่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในการดูแลลูกที่มีลูกอายุวัยแรกเกิดถึงหนึ่งปี

ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวของบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้มองโลกตามความเป็นจริง รับรู้ปัญหาที่มีทางออก เมื่อต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยก็เชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นไปได้ ในกระบวนการความเครียดของ Pearlin และคณะ (1990) ความเข้มแข็งในการมองโลก ส่งผลทางอ้อมต่อความเครียด ผลวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับเดือนแรม ยศปัญญา (2555) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกราย และติดตามภาวะซึมเศร้าเป็นระยะ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าหรือลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2. ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาล ควรมีส่วนของการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม หรือลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและลดภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- จงลักษณ์ ทวีแก้ว และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 107-121.
- ชุติมา นิตติสิงห์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของแม่ในการดูแลลูก แร่งสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะซึมเศร้าในแม่ที่มีบุตรวัยแรกเกิดถึงหนึ่งปี. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 7(2), 97-117.
- ชนัญชิตา ดุษฎีทูลศิริ รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-67.
- เชิดชาย ชยวัชโร. (2559). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือด. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 14-27.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ และประภาศรี พงษ์มีผล. (2548). การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลและความเครียด ของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วสสรณ์ดี ภาคภากร. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พา ผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2555). การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: จากการป้องกันถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย: การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *อายุรศาสตร์ทันยุค 2555*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- โสธรณี ไหวรสฤทธิ์, ศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์ และ แจค แกนเดอร์. (2540). Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 22-28.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สถิติโรคสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต อาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 8-11.
- Pearlin, 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.

- Tyerman, A., & Booth, J. (2001). Family interventions after traumatic brain injury: A Service example. *NeuroRehabilitation*, 16(1), 59-66.
- Weiland, S., & Shellenbarger, T. (2002). Family caregiving at home. *Home Healthcare Nurse*, 20(2), 113-119.
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva, Switzerland: WHO press.