

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกับการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อ*

ดวงหทัย ยอดทอง พย.ม**

อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ พย.ด.***

วรรณภา คงสุริยะนาวัน กศ.ด.****

อติติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง Ph.D. (Nursing)*****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกับการซึมเศร้า ของผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อ

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อ ที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลหลาน อายุระหว่าง 0-5 ปีในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน พ.ศ.2555 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการตอบสนองของผู้ดูแล และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 33 อายุ มีความสัมพันธ์กับการซึมเศร้าของผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .041, p = .685$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการซึมเศร้าในผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.237, p < .05$) ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านผลกระทบต่อ การเงินด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และด้านผลกระทบต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .459, p < .001; r = .427, p < .001; r = .299, p < .01$ และ $r = .352, p < .001$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ: ควรคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อที่ผู้ดูแลหลักในการดูแลหลาน อายุระหว่าง 0 -5 ปีและพัฒนาโปรแกรมเพิ่มการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29(1) 108-121

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า ผู้ป่วยต้อตาที่ยืดเยื้อ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนคดี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี Email: aewduang@gmail.com

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลาน เนื่องจากพ่อแม่ของเด็กไม่สามารถเลี้ยงดูได้ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากเหตุผลต่างๆ เช่น การตั้งครุฑตั้งแต่วัยรุ่น การหย่าร้างหรือแยกทางกัน การติดสารเสพติด ติดคุก มีปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือการที่พ่อแม่เด็กต้องไปทำงานต่างถิ่น เป็นต้น¹⁻³ การที่ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยสูงอายุ ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) และต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากเดิมที่มีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แก่สมาชิกในครอบครัว มาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลาน อาจกลายเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากในชีวิตและอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้โดยอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้ง ความเครียดในบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น การที่ต้องอยู่เพียงลำพังหรือ มีหน้าที่จัดการรายได้ให้แก่ครอบครัว เป็นต้น ผู้สูงอายุ ที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลานอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสมและเกิดอาการซึมเศร้าได้มีการศึกษาพบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานร้อยละ 25.1³ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน มีอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เลี้ยงดูหลาน⁴⁻⁶

อายุของผู้สูงอายุที่ดูแลหลาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดและอาการซึมเศร้า มีหลายผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามักมีระดับความเครียด วิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามากกว่า⁷⁻⁹ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุไม่ได้คาดคิด

มาก่อนว่าตนเองจะได้มาเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อายุน้อย และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตได้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹ เนื่องจากการดูแลหลานส่งผลให้เกิดความจำเป็นและความต้องการในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น รวมทั้งรบกวนแบบแผนกิจวัตรประจำวันทำให้ความเป็นส่วนตัวลดลง การมีส่วนร่วมทางสังคมและการใช้เวลาว่างลดลงซึ่งผู้สูงอายุผู้นั้นต้องมีหน้าที่ดูแลหลานในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย การเล่น รวมถึงความปลอดภัยด้านต่างๆ อีกทั้งเมื่อหลานถึงวัยเข้าโรงเรียน จะต้องให้การอบรมสั่งสอน ขัดเกลาให้หลานเป็นคนดี ดูแลด้านการเรียน การทำกิจกรรมต่างๆ หลังเลิกเรียน และการรับ-ส่ง^{10,11} ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ เหล่านี้ล้วนต้องทำให้เสียเวลาและพลังงานไปเป็นอย่างมาก¹² จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตหรืออาการซึมเศร้าตามมาได้ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่ควร จะได้รับการคัดกรอง ดูแลและช่วยเหลืออย่างยิ่งถึงแม้ผู้สูงอายุ จะมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยก็ตาม แต่ถ้าหากปล่อยไว้ผู้สูงอายุตกอยู่ในอาการซึมเศร้า นั้นเป็นระยะเวลานาน อาการซึมเศร้าก็จะทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายทำให้โรคเรื้อรังที่มีอยู่ทวีความรุนแรงขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ดูแลหลานนั้นพบว่าในต่างประเทศมีผู้สนใจและให้ความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยเท่าที่ผู้วิจัยได้ศึกษายังไม่พบ การศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแล หลานโดยตรง แต่มีการศึกษาของศุภรี ศิริบุรณ์¹ ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยตายจำนวน 300 คนที่ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้สึกเป็น ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัย จึงเห็นความสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกับการซึมเศร้า ในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานเพื่อเป็นแนวทางในการ วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตายที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Stress and coping ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่เชื่อว่าความ เครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หากผู้ป่วยตายที่ต้องดูแลหลานประเมิน (appraisal) สถานการณ์นั้นว่าคุกคามเกินแหล่งประโยชน์ที่จะ จัดการ อาจทำให้ผู้ป่วยตายเกิดความเครียดและ นำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้โดยปัจจัยที่มีผล ต่อการประเมินตัดสินได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal resource) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational resources) หากผู้ป่วยตายมีปัจจัยด้าน บุคคลและด้านสถานการณ์ไม่เหมาะสมเพียงพอ เช่น อายุมาก ภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนใน ครอบครัว ชุมชนหรือภาครัฐ อาจทำให้ผู้ป่วยตายมี การประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เข้ามาในด้าน

ลบเช่น คุกคามตนเอง หรือเกิดการสูญเสีย ซึ่งความ รู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับบทบาทการเลี้ยงดูหลาน ถือเป็นการประเมินตัดสินสถานการณ์การเลี้ยงหลาน หากผู้ป่วยตายมีการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการ ดูแลด้านต่าง ๆ กับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยตายที่ ดูแลหลาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตาย ที่ดูแลหลาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก เป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านผลกระทบ ต่อการเงิน ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และด้านผลกระทบต่อสุขภาพกับอาการซึมเศร้าใน ผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน
2. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน
3. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาด การสนับสนุนจากครอบครัวด้านผลกระทบต่อการเงิน ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันด้านผลกระทบต่อ สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าใน ผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยตายที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในการดูแลหลาน (อายุระหว่าง 0 - 5 ปี) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเมืองและอำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางขนาดตัวอย่างจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์¹⁴ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ power = .80 Polit และ Sherman¹⁵ ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยทางการแพทย์บางส่วนใหญ่มีค่า effect size อยู่ในระดับปานกลาง (medium effect size) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า estimated effect size = .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน และเพื่อป้องกันการเกิดการสูญหายของข้อมูลและควบคุมความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผลการศึกษามีความตรงและความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2555

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในการดูแลหลาน (อายุระหว่าง 0 - 5 ปี) อย่างน้อย 1 คนโดยเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรงต่อเด็ก เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การไปรับส่งโดยใช้เวลาในการดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นในครอบครัว กรณีที่มีผู้ป่วยตายดูแลหลานอยู่ร่วมบ้านเดียวกันมากกว่าหนึ่งคน คัดเลือกคนที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้เวลาในการดูแลหลานเฉลี่ย 30 ชั่วโมง/สัปดาห์ ขึ้นไป และดูแลหลานมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 3 เดือน

3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยินสามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย

คุณสมบัติของเด็ก

1. เป็นหลาน อายุระหว่าง 0 - 5 ปี อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิการ หรือมีพัฒนาการผิดปกติ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยตายที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น จิตเภท ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

2. กรณีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบปัญหาด้านความจำเสื่อมเมื่อประเมินด้วยแบบวัด Mini-mental state Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) โดยในรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนน ≤ 14 คะแนน ในรายที่จบประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 17 คะแนน ในรายที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 22 คะแนนในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 39 เมื่อทดสอบด้วยแบบวัด MMSE-Thai 2002 ทั้ง 39 คนไม่พบปัญหาด้านความจำเสื่อม

3. มีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หลานหรือหลานคนอื่น ๆ ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการตอบสนองของผู้ดูแล (Caregiver Reaction Assessment: CRA)

ใช้ในการวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของปู่ย่าตายายที่ดูแลหลานของศุภรี ศิริบุรณ์¹ ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับจากแบบประเมิน Caregiver Reaction Assessment (CRA) ของ Given, Given, Stommel, Collins, King และ Franklin¹⁶ มีข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ด้านผลกระทบต่อการเงิน จำนวน 3 ข้อ ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อ และด้านผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ การคิดคะแนนแยกเป็นรายด้าน โดยคิดคะแนนรวมในแต่ละด้านแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คะแนนที่ยิ่งสูงหมายถึง ลักษณะการมีภาระมาก ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามบางข้อแล้วผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ .90 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในแต่ละด้านเท่ากับ .67, .66, .50, .68 และ .81 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D) ฉบับแปลภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และ พนมเกตุมาน¹⁷ ใช้ประเมินระดับอาการซึมเศร้าของปู่ย่าตายายที่ดูแลหลาน เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ เป็นแบบสอบถามเชิงลบ 16 ข้อ แบบสอบถามเชิงบวก 4 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ถ้าตอบว่า เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วัน ในหนึ่งสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) หรือเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่ง

สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) และให้คะแนนตรงกันข้ามในกรณีที่ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12 และ 16) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน คะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งภาวะซึมเศร้าของคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19¹⁷ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information sheet) ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านคำถามแล้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-IRB(NS)2011/37.0310) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกหรือไม่พร้อมจะตอบโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS Version 16 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86 อายุระหว่าง 38 - 79 ปี (Mean = 56.74, SD = 8.7) โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 72 มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/เดือน มีรายได้เฉลี่ยของตนเอง 5,001-10,000 บาท/เดือน มีรายได้จากตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73 ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 43 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24

ข้อมูลด้านการดูแลหลานของกลุ่มตัวอย่างพบว่าปู่ย่าตายายมีหลานที่ต้องดูแล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 64 หลานส่วนใหญ่อายุ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 77 โดยเหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลานคือ รักและเป็นห่วงหลาน คิดเป็นร้อยละ 67 เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลหลานต่อวัน เท่ากับ 13- 18 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 39 โดยดูแลหลานมาเป็นระยะเวลา 1-2 ปี ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร่วม คิดเป็นร้อยละ 84 โดยผู้ดูแลร่วมคือ คู่สมรสของตนเองคิดเป็นร้อยละ 45 หลานส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 93

อาการซึมเศร้าของปู่ย่าตายายที่เป็นผู้ดูแลหลักแก่หลานในครอบครัว มีค่าคะแนนรวมเป็นไปตั้งแต่ 0-60 คะแนนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1- 45 คะแนนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.48 คะแนน (SD = 10.29) เมื่อพิจารณาจากคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งภาวะซึมเศร้าของคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน¹⁷ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33 มีค่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปู่ย่าตายายที่มีอาการซึมเศร้า (n=100)

อาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการซึมเศร้า (< 19 คะแนน)	67	67
มีอาการซึมเศร้า (≥ 19 คะแนน)	33	33
รวม	100	100

(ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 45, ค่าเฉลี่ย = 16.48, SD = 10.29)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ตายที่ดูแลหลานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .041, p = .685$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.237, p < .05$) ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาดการ

สนับสนุนจากครอบครัว ด้านผลกระทบต่อการเงิน ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และด้านผลกระทบต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .459, p < .001; r = .427, p < .001; r = .299, p < .01$ และ $r = .352, p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านผลกระทบต่อการเงิน ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และด้านผลกระทบต่อสุขภาพ กับอาการซึมเศร้าของผู้ตายที่ดูแลหลาน ($n=100$)

ปัจจัย	อาการซึมเศร้า	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	.041	.685
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		
ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.237*	.017
ด้านขาดการสนับสนุนจากครอบครัว	.459**	.000
ด้านผลกระทบต่อการเงิน	.427**	.000
ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน	.299**	.002
ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ	.352**	.000

* $p < 0.5$; ** $p < 0.1$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง มีอาการซึมเศร้าหรืออยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 ซึ่งนับเป็น 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 67 ไม่มีอาการซึมเศร้าทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยกลางคนโดยมีอายุเฉลี่ย 56.74 ปี และร้อยละ 57 ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งยังคงมีสภาวะร่างกายแข็งแรงพอที่จะดูแลหลานได้และถือว่าเป็นช่วงวัยที่มี

วุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถคิด ตัดสินใจ ประเมินและปรับตัวต่อความเครียดด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งใกล้เคียงผลการศึกษาศุกรีศิริบุรณ์¹ ที่พบว่าผู้ป่วยตายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในจังหวัดศรีสะเกษ มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 36.3 ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่เลี้ยงหลานนั้นมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 1 ใน 4 ดังเช่น

ผลการศึกษาของ Minkler และ Thomson³ ที่พบว่า ผู้ป่วยตายายที่เลี้ยงหลานชาวอเมริกัน ร้อยละ 25.1 มีอาการซึมเศร้า และผลการศึกษาของ Blustein, Chan, และ Guanais⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยตายาย ที่มีหลานอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 22 มีอาการซึมเศร้าและมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยตายาย ที่ไม่ได้มีหลานอาศัยอยู่ด้วย ทั้งนี้การเลี้ยงดูหลานนั้นเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านความต้องการในการดูแล และการที่ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งเวลาและแรงกายเป็นอย่างมากในการดูแล ซึ่งอาจถือเป็นภาระการดูแลที่หนักมาก⁵ เป็นที่น่าสังเกตว่าในผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยตายายที่เป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลาน มีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าในต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในต่างประเทศดังเช่น สหรัฐอเมริกานั้นตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยตายาย ที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูหลานแทนบิดามารดาของเด็กโดยได้มีการสำรวจ ชี้แนะเขียนประชากรกลุ่มดังกล่าว และมีนโยบายต่างๆ ในการช่วยเหลือ โดยมีองค์กรสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย สิ่งของที่อยู่อาศัย รวมทั้งมีโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงหลาน¹⁸

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42) มีอายุ 51-60 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ที่มีความมั่นคงในอารมณ์ สามารถปรับตัวหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในช่วงวัยนี้เป็นช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบิดามารดาไปสู่บทบาทของ ผู้ป่วยตายาย ดังนั้นเมื่อต้องรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลักแก่หลานจึงสามารถยอมรับและปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ได้ ดังจะสังเกตเห็นว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 37) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 21) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 9) มีส่วนน้อยที่ทำงานประจำ เช่นรับราชการ รับจ้าง เป็นต้น ซึ่งอาจไม่กระทบกับภาระในการเลี้ยงดูหลานมากนัก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72) และอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 67) จึงอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพแข็งแรง และมีความพร้อมในการเลี้ยงดูหลาน จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานในการศึกษาครั้งนี้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.237, p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์ในระดับสูงและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้¹⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยที่คาดหวังว่า ผู้ป่วยตายายมีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือดูแลหลานอยู่แล้ว จึงมีผู้ป่วยตายายจำนวนไม่น้อยที่ผู้ดูแลหลักของหลานด้วยความเต็มใจ รู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือแบ่งเบาครอบครัวในการดูแลหลาน เมื่อพ่อแม่ของหลานไม่สามารถเลี้ยงดูหลานได้ จึงทำให้รู้สึกว่าตนเองยังคงมีประโยชน์แก่ครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานของครอบครัวว่าเป็นการได้ช่วยเหลือและแบ่งเบาลูก (ร้อยละ 74) รักและเป็นห่วงหลาน (ร้อยละ 67) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และอาภาพรเผ่าวัฒนา² ที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิง

ที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือ ร้อยละ 63 ประเมินว่ารู้สึกพึงพอใจที่ได้ใช้ความสามารถของตนเอง ซึ่งนำสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง และพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในบทบาทชีวิตตนเองได้ รวมทั้งการได้ดูแลหลานที่ตนเองรักย่อมนำไปสู่การเกิดความสุขในชีวิตได้ แม้ว่าผู้ป่วยตายายจะรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือครอบครัวในการเลี้ยงดูหลาน แต่การเป็นผู้ดูแลหลักนั้นก็มีผลกระทบจากการดูแลด้านอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยตายาย รู้สึกยากลำบากหรือเหน็ดเหนื่อยในการดูแล เช่น ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านสุขภาพ หรือการเลี้ยงหลานเพียงลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลร่วมก็อาจส่งผลให้ ผู้ป่วยตายาย ประเมินสถานการณ์เหล่านี้ว่าเป็นความยุ่งยากหรือยากลำบากในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะเครียดหรืออาการซึมเศร้าในระดับสูงได้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว (lack of family support) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .459, p < .001$) การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมจากครอบครัว จะส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานนั้นลดลงได้ โดยเมื่อเกิดภาวะเครียดต่อร่างกายและจิตใจขึ้นนั้น การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว หรือบุคลากร จะช่วยให้ผู้ป่วยตายาย ที่เลี้ยงหลานมีการประเมินตัดสินใจ สถานการณ์ความเครียดใหม่และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม²⁰ ขณะเดียวกันผู้ป่วยตายาย ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ด้านต่างๆ จากครอบครัว เพื่อน สังคม หรือบุคลากรสาธารณสุข ก็อาจรู้สึกว่ตนเองถูกทอดทิ้งให้แบกรับภาระในการดูแลหลาน

เพียงลำพังและประเมินสถานการณ์เหล่านี้ในด้านลบนำไปสู่ภาวะเครียดหรือซึมเศร้าได้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านผลกระทบต่อการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .427, p < .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภรี ศิริบุญ¹ ที่พบว่าผู้ป่วยตายายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 75 และยังได้รับเงินหรือสิ่งของจากบิดาหรือมารดาของเด็กไม่สม่ำเสมอ ทำให้ประสบปัญหาด้านการเงิน และพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยตายาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) โดยผู้ป่วยตายาย ที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอมีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดีกว่าผู้ป่วยตายายที่มีรายได้ครอบครัวพอเพียง ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลเด็กวัย 0-5 ปีนั้น ประกอบไปด้วยการดูแลเรื่องอาหารเครื่องนุ่งห่มความปลอดภัยที่อยู่อาศัยสุขอนามัย การศึกษา และการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัย ซึ่งการดูแลดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนไม่น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ย่าและยาย ที่เลี้ยงหลาน มีภาระด้านค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลหลาน ค่ากิจกรรมเสริมหลังเรียน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว ส่งผลให้รายรับที่ได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย^{8, 10} การมีปัญหาด้านการเงินหรือการมีฐานะยากจนเมื่อต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานอาจส่งผลให้ผู้ป่วยตายายประเมินสถานการณ์ เหล่านี้เป็นภาระและส่งผลกระทบร้ายแรงต่อตนเองและนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าได้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .299, p < .01$) ดังจะพบได้จากผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยตายายจำนวนมากที่รู้สึกวุ่นวายตนเองขาดการพบปะเพื่อนฝูง เนื่องจากลักษณะของกิจวัตรประจำวันที่ต้องดูแลหลานทำให้มีกิจกรรมแตกต่างจากเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่งอาจนำมาสู่ความรู้สึกแปลกแยกได้²¹ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยตายาย ที่ดูแลหลานในวัย 0-5 ปี นั้นต้องทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันหมดไปกับการดูแลหลาน ดังจะเห็นได้จากระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ในการดูแลหลานแต่ละวันเท่ากับ 13-18 ชั่วโมงสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมันแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และอาภาพร เผ่าวัฒน² ที่พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่ดูแลหลานอายุต่ำกว่า 3 ปี มักใช้เวลาในช่วงกลางวันเกือบทั้งหมดอยู่กับหลาน ทั้งดูแลเรื่องการกิน การนอน บางครั้งหลานร้องไห้ งอแงก็จำเป็นต้องพาไปเดินเล่น ส่วนเมื่อจำเป็นต้องไปธุระในชุมชนหรือในตลาดก็ต้องพาหลานไปด้วย เนื่องจากหลานมักติดย่าและยาย ดังนั้นหาก ผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานไม่สามารถปรับตัวหรือบริหารจัดการเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลหลานได้ ก็อาจส่งผลให้ประเมินสถานการณ์ในการดูแลหลานว่าเป็นสิ่งที่คุกคามนำไปสู่ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายายที่ดูแลหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .352, p < .001$) เนื่องจากการมีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ

เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดอยู่แล้ว และเมื่อต้องมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งต้องตอบสนองต่อความต้องการด้านต่าง ๆ ของหลาน โดยเฉพาะในการเลี้ยงดูเด็กวัย 0-5 ปี ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดนั้น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเพิ่มภาระ และประเมินสถานการณ์เหล่านี้เป็นความตึงเครียดในการดำเนินชีวิตและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่น ผลการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กชาวอิตาลีที่พบว่าคนที่ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (odds ratio = 2.76)²² ประกอบกับผู้ป่วยตายายส่วนใหญ่มักอยู่ในวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุซึ่งมักเป็นวัยที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่แล้วและประกอบกับการต้องรับภาระในการดูแลหลานทำให้ผู้ป่วยตายายอาจมีเวลาในการดูแลสุขภาพน้อยลงและมักละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต และการทุ่มเทพลังงานและพลังใจในการดูแลหลานอาจทำให้ผู้ป่วยตายายมีภาวะสุขภาพที่ถดถอยและนำไปสู่ความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิด stress and coping ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยสถานการณ์ความเครียดมักเกิดขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยตายาย ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานในวัย 0 - 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ทำให้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตตามปกติตามวัย ผู้ป่วยตายายจะมีการประเมินสถานการณ์เหล่านี้ว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร (primary appraisal) โดยประเมินตามปัจจัยต่าง ๆ ที่ตนเองมีอยู่ก่อนหน้า ซึ่งหากผู้ป่วยตายายมีปัจจัยด้านบุคคล (personal resource) ที่ดี ได้แก่ ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงหรือ

เรื้อรัง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ดูแลหลาน การรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำเป็นต้น รวมทั้งหากมีปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situational resources) ที่เป็นแหล่งสนับสนุนอย่างเพียงพอ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านวัตถุสิ่งของ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นต้น จากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน หรือจากหน่วยงานของภาครัฐ ปัจจัยสนับสนุนที่เพียงพอเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยตายมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการรับบทบาทในการดูแลหลานไปในทางบวก มีกำลังใจสามารถจัดการกับความเครียดและเผชิญกับปัญหา (secondary appraisal) ได้อย่างเหมาะสม (positive adaptation) นำไปสู่ภาวะสุขภาพและจิตใจที่ดี เกิดความผาสุกในชีวิตตามมา ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยตายมีปัจจัยประกอบก่อนหน้าที่ไม่เหมาะสมเพียงพอ เช่น ภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความยุ่งยากในการใช้ชีวิตประจำวัน การมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนในครอบครัว อาจทำให้ผู้ป่วยตายมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เข้ามาในด้านลบหรือมีผลร้ายแรงต่อตนเอง เกิดการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม (negative adaptation) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ผลกระทบต่อการเงิน ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตาย ที่เป็น

ผู้ดูแลหลักแก่หลาน อายุ 0-5 ปี ควรมีการดำเนินการดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อบต. ควรจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตาย ที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลานโดยลำพัง และจัดให้สวัสดิการมีระบบช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วยตายกลุ่มดังกล่าว ทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กวัย 0-5 ปี การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนให้กำลังใจและคอยให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยตาย ต้องรู้สึกถูกผลกระทบให้รับผิดชอบเลี้ยงหลานเพียงลำพังซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกเครียดและซึมเศร้าได้

2. พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาแก่บุคคลอื่นในครอบครัว ที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อให้สามารถเป็นผู้ดูแลร่วมช่วยเหลือเด็กในเวลาที่ผู้ป่วยตายต้องทำกิจวัตรประจำวัน หรือภารกิจอื่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยตาย รู้สึกว่าการดูแลหลานทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการขาดการพบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกเครียดและซึมเศร้าได้

3. บุคลากรสุขภาพควรมีการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยตาย ที่ดูแลหลาน และควรมีการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยตายที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งการเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานอาจส่งผลให้ผู้ป่วยตาย มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า หรือละเลยการดูแลสุขภาพ โดยอาจจัดให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยตาย ในวันที่พาหลานมาตรวจสุขภาพหรือรับวัคซีน และมีการติดตามให้บริการสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยตายกลุ่มดังกล่าวอาจไม่สามารถปลีกเวลามาตรวจและติดตามการรักษาต่อที่โรงพยาบาลได้ทุกครั้ง

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานอายุ 0-5 ปี ทุกราย โดยเฉพาะในรายที่เลี้ยงหลานเพียงลำพัง มีปัญหาด้านสุขภาพหรือการเงินร่วมด้วย รวมทั้งควรจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเบื้องต้น ส่วนในรายที่พบว่ามีความเครียดรุนแรงจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ควรส่งต่อไปพบจิตแพทย์เพื่อบำบัดรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ศุกรี ศิริบุรณ์. สุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
- สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, อาภาพรเผ่าวัฒนา. รายงานวิจัยเรื่องความสุขและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก (1997) จำกัด; 2553.
- Minkler M, Fuller-Thomson E. The Health of Grandparents Raising Grandchildren: Results of a National Survey. *Am J Public Health* 1999;89(9):1384-9.
- Blustein J, Chan S, Guanais FC. Elevated depressive symptoms among care giving grandparents. *Health Serv Res* 2004;39:1671-89.
- Hughes ME, Waite LJ, LaPierre TA, Luo Y. All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *J Gerontol* 2007;62B(2):S108-S19.
- Musil C, Warner C, Zauszniewski J, Wykle M, Standing T. Grandmother caregiving, family stress and strain, and depressive symptoms. *West J Nurs Res* 2009;31(3):389-408.
- Musil C, Ahmad M. Health of grandmothers: A comparison by caregiver status. *J Aging Health* 2002;14:96-121.
- Sands RG, Goldberg-Glen RS. Factors associated with stress among grandparents raising their grandchildren. *Fam Relat* 2000;49:97-105.
- Park HO. Grandmothers as primary caregivers: poverty, care demands, social participation, and psychological distress. Madison: University of Wisconsin; 2004.
- Minkler M, Fuller-Thomson E, Miller D, Driver D. Depression in grandparents raising grandchildren: results of a national longitudinal study. *Arch Fam Med* 1997;6:445-452.
- Musil C, Ahmad M. Health of grandmothers: A comparison by caregiver status. *J Aging Health* 2002;14: 96-121.
- Dowdell EB. Grandmother caregivers and caregiver burden. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004; 29(5):299-304.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
- Polit DF, Beck CT. 8th ed. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. New York: J. B. Lippincott; 2008.
- Polit DF, Sherman RE. Statistical power in nursing research. *Nurs Res* 1990;39:365-9.
- Given C, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Res Nurs Health* 1992;15:271-83.

17. วิไล คุปต์นิรติชัยกุล, พนม เกตุมาน. การศึกษาแบบ สอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. สารคดีราช 2540;49(5): 442-8.
18. Park HO. Grandmothers raising grandchildren: family well-being and economic assistance. Focus 2005;24:19-26.
19. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Bull 2013; 139(1):213-40. doi: 10.1037/a0028931.
20. Oburu PO, Palmerus K. Stress related factors among primary and part-time caregiving grandmothers of Kenyan grandchildren. Int J Aging Hum Dev 2005;60:273-82.
21. Lever K, Wilson J. Encore parenting: When grandparents fill the role of primary caregiver. Fam J Alex Va, 2005;13:167-71.
22. Cole SA, Eamon MK. Predictors of depressive symptoms among foster caregivers. Child Abuse Negl 2007;31(3):295-310.

Correlation between Age, Caregiving Burden Feelings and Depressive Symptoms in Grandparents Rearing Their Grandchildren

Duanghathai Yodthong M.N.S.**

Acharaporn Seeherunwong D.N.S.***

Wanna Kongsuriyanavin D.Ed.****

Atittaya Pornchaikate Au-Yeong Ph.D.(Nursing)*****

Abstract: Objective: To examine depressive symptoms and correlation between age and caregiving burden feelings in grandparents who rear their grandchildren.

Design: Descriptive research.

Implementation: The sample consisted of 100 grandparents who were rearing their grandchildren aged between 0 and 5 years in Phetburi Province. Data were collected during April to June 2012, through (i) a personal information form; (ii) a caregiver's response assessment form; and (iii) a depressive symptom test. The data were analysed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

Results: The major findings of this study are as follows. Firstly, 33% of the subjects displayed depressive symptoms. Secondly, no significant correlation was found between the age and depressive symptoms of the grandparents who were rearing their grandchildren ($r = .041$, $p = .685$). Thirdly, concerning caregiving burden feelings, self-esteem was identified as having a negative correlation with the subjects' depressive symptoms, at a significantly low level of $r = -.237$, $p < .05$. Finally, lack of family's support, effects on financial conditions, effects on daily routines and effects on health conditions displayed positive correlations with the subjects' depressive symptoms, at a moderate, statistically significant level of $r = .459$, $p < .001$; $r = .427$, $p < .001$; $r = .299$, $p < .01$ and $r = .352$, $p < .001$, respectively.

Recommendations: It is suggested that grandparents who are rearing their grandchildren aged 0 to 5 years be screened according to their depressive symptoms. In addition, development of a programme which seeks caregiving help from families, the community or related organisations is recommended.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(1) 108-121

Keywords: depressive symptoms; grandparents rearing their grandchildren; caregiving burden feelings

* A thesis for the degree of Master of Nursing Science in Mental health and Psychiatric Nursing, Mahidol University

** Corresponding Author, Registered Nurse, College of Nursing, Petchaburi, Email: aewduang@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***** Author Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University