

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

บุษรา ทิรัญสาโรจน์ พย.ม.**
วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ Ph.D.***
นพพร ว่องสิริมาศ Ph.D.****
วรรณพร แสนณรงค์ พ.บ.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาอิทธิพลของระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 122 ราย ที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ในคลินิกความจำ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกโรคร่วมชาร์ลสัน แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยและมีความรุนแรงของโรคร่วมระดับปานกลาง ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบุตร ไม่มีโรคร่วม ภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลก่อนไปทางด้านสูง และมีภาวะซึมเศร้าน้อย โดยความพร้อมในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.4 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.354, F = 9.277, p = 0.000$) แต่ระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความพร้อมในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลที่มีความพร้อมมากและมีภาวะสุขภาพดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมความพร้อมและส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(2) 85-98

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ ความพร้อมในการดูแล/ ภาวะสุขภาพ/ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม/ ผู้ดูแล

วันที่ได้รับ 16 ส.ค. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 6 ก.พ. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 21 ก.พ. 63

*วิทยาลัยนุศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Influencing Depressive Symptoms in Caregivers of Older Adults with Dementia*

Budsara Hiransaroj M.N.S**

Virapun Wirojatana Ph.D.***

Nopporn Vongsirimas Ph.D.****

Vorapun Senanarong M.D.*****

Abstract

Objective: To study the influences of dementia severity, comorbidities of older adults with dementia, comorbidities of caregivers, health status of caregivers, preparedness for family care, and mutuality between older adults and caregivers on depressive symptoms among caregivers of older adults with dementia.

Design: Descriptive predictive study

Methodology: A sample of 122 caregivers who had been taking care of older adults with dementia at least 14 hours/week for at least 3 months was recruited at a memory clinic of one tertiary hospital in Bangkok. Data were collected using questionnaires for demographic data, Charlson comorbidity index, health condition perception, preparedness for family care, mutuality between older adults and caregivers and Center for Epidemiologic Studies Depression scale. Data were analyzed using multiple linear regression.

Result: The older adults had mild level of dementia and moderate level of comorbidity severity. The caregivers of the older adults with dementia were descendants and had no comorbidity with moderate level of health status. They had moderate level of preparedness, a rather high level of mutuality and low depressive symptoms. Preparedness for family care and health status of caregivers were found as significant factors which could explain for 35.4% of variance (Adjust $R^2=0.354$, $F=9.277$, $p=0.000$) However, level of dementia, comorbidities of older adults with dementia, comorbidities of caregivers and mutuality did not significantly predict depressive symptoms among caregivers of older adults with dementia.

Recommendations: Preparedness and health status of caregivers had influences on depressive symptoms among caregivers of older adults with dementia. The higher level of preparedness and the better health status of caregivers, they are more likely to have less depressive symptoms. Therefore, nurses should prepare caregivers to being ready and promote their health status in order to prevent depressive symptoms from caring for the older adults with dementia.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2) 85-98

Keywords: depressive symptoms; preparedness; health status; older adult with dementia; caregiver

Received 16 August 2019, Revised 6 February 2020, Accepted 21 February 2020

*Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

**Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding Author: Associate Professor, Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University;

E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

****Associate Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*****Associate Professor, Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีการเสื่อมของสมอง ในด้านการรู้คิด การตัดสินใจ การเข้าใจ การเรียนรู้และความจำ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ¹ ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลขาดการดูแลสุขภาพของตนเองและไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามมา จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมหรือคาดการณ์พฤติกรรมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆตามม² ประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 27³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าระดับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล⁴ แต่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าระดับภาวะสมองเสื่อมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม⁵ จากการศึกษาในแถบประเทศยุโรปพบว่าโรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล⁶ เนื่องจากผู้ดูแลมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคร่วมและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม⁷ แต่การศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบโรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล⁸ จากการศึกษาในไต้หวัน⁹ พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ความพร้อมในการดูแลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าส่วนการศึกษาในประเทศไทย¹⁰ พบว่าความพร้อมในการดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นว่าหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศยังมีข้อถกเถียงถึงปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การศึกษาปัจจัยที่สามารถอธิบายบริบทการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลนั้น มีความสำคัญในการวางแผนการจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเหล่านั้น โดยในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว¹¹ ที่อธิบายปรากฏการณ์การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแล ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับบริบทการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย¹² ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามกรอบแนวคิดดังกล่าว เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

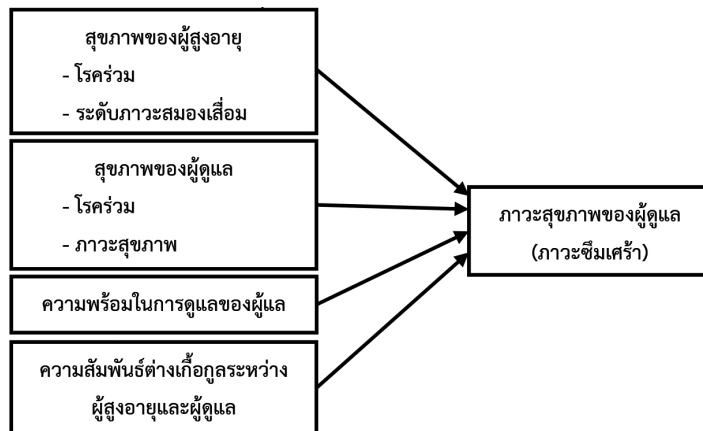
กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย

Archbold และคณะ¹¹ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีบทบาท (Role Theory) และการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษารากฐานการเกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล เริ่มจากปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ 2) สุขภาพ 3) ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และ 4) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปริมาณกิจกรรมในการดูแล 2) ปริมาณการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3) ความสามารถในการทำนายการดูแล ทำให้ผู้ดูแลตอบสนองต่อบทบาทการดูแลทั้งในด้านบวกเป็นรางวัลสำหรับการดูแลและด้าน

ลบเป็นความเครียดในบทบาท ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการดูแล ประกอบด้วย สุขภาพของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล คือ 1) สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับภาวะสมองเสื่อมและโรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 2) สุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ โรคร่วมและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 3) ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และ 4) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยทั้งหมดเป็นปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการดูแล คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสุขภาพของผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์ตามแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold และคณะ¹¹



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

ระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษา
อำนาจการทำนาย (Descriptive predictive study)
เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม
พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
จากการวินิจฉัยโดยแพทย์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษา
ในคลินิกความจำ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งใน
เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะ
สมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเหมือนประชากรที่ศึกษา
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นญาติผู้ดูแลหลักของ
ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลอย่างน้อย 14
ชั่วโมงต่อสัปดาห์และดูแลอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่
น้อยกว่า 3 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
เข้าใจและสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม
G*Power สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิง
เส้นพหุคูณ (multiple linear regression) อำนาจการ
ทดสอบที่ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา 0.05
ขนาดอิทธิพลใช้ค่าอำนาจการทำนาย $R^2 = 0.125$
จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง
122 ราย โดยหากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า
60 ปีขึ้นไป มีความบกพร่องด้านการรู้คิดจากคัดกรอง
ด้วยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General
Practitioner Assessment of Cognition: GP-COG)
ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลรายนั้น และ
คัดเลือกใหม่จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ
แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner
Assessment of Cognition: GP-COG) พัฒนาโดย
Brodaty และ Donkin ในการศึกษาที่ใช้ฉบับภาษา
ไทยแปลโดย จิรพันธ์ กริฟฟิส และคณะ¹³ ใช้
เฉพาะส่วนที่ 1 เพื่อประเมินความบกพร่องด้านการ
รู้คิดของผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 6 ข้อ มี
คะแนนเต็ม 9 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน
หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ
ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา
ระยะเวลาเจ็บป่วย การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ระดับ
ภาวะสมองเสื่อม และ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาใน
การดูแล เวลาที่ใช้ในการดูแล กิจกรรมการดูแล การ
ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การใช้บริการแหล่ง
ประโยชน์ภายในชุมชนและช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for
Epidemiologic Studies Depression Scale: CESDS)
พัฒนาโดย Radloff¹⁴ ในการศึกษาที่ใช้ฉบับภาษาไทย
แปลโดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน¹⁵
จำนวน 20 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรม
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ดูแล ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน
ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนมาก
หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวมตั้งแต่
16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

3) แบบบันทึกโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson Comorbidity Index) พัฒนาโดย Charlson และคณะ¹⁶ มีรายการโรคร่วมจำนวน 23 โรค โดยให้คะแนนตามความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน คือ 1, 2, 3 และ 6 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 42 คะแนน คะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม 1 ถึง 2 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมน้อย 3 ถึง 4 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมปานกลาง และ 5 ถึง 42 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมมาก

4) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย ฌีซตฟา หลงผาสซุ และคณะ¹⁷ จำนวน 1 ข้อ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของผู้ดูแล ลักษณะมาตรวัดด้วยสายตา โดยใช้เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านซ้ายมีเลข 0 กำกับหมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด และปลายด้านขวามีเลข 10 กำกับหมายถึง สุขภาพดีมากที่สุด ให้ผู้ดูแลขีดเส้นตรงแนวตั้งลงบนเส้นตรงแนวนอนตรงจุดที่บอกถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากปลายเส้นตรงทางซ้ายมือสุดถึงตำแหน่งที่ขีดเส้น ความยาวที่วัดได้ หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

5) แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทย แปลโดย Wirojratana¹² จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 32 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง แปลผลโดยการแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น คะแนนรวม 0 ถึง 10 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการดูแลน้อย 11 ถึง 21 คะแนน

หมายถึง ความพร้อมในการดูแลปานกลาง และ 22 ถึง 32 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการดูแลมาก

6) แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล พัฒนาโดย Archbold และคณะ¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทย แปลโดย Wirojratana¹² จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง แปลผลค่าคะแนนโดยใช้สถิติความเบ้ (skewness) ค่าคะแนนความเบ้น้อยกว่า 0 หมายถึง ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลค่อนข้างดี ค่าคะแนนความเบ้มากกว่า 0 หมายถึง ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลค่อนข้างต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย และเนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลยังไม่เคยใช้ศึกษาในประชากรกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จึงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลจำนวน 3 ท่าน ทั้ง 2 แบบสอบถามได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 โดยไม่มีการปรับแก้ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในประชากรที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการทดสอบแบบวัดซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.No. Si 828/2018) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยหากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแล้วพบว่ามีความเครียด ผู้วิจัยให้การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อนักจิตวิทยาในคลินิกนั้นดูแลเพิ่มเติมทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการคัดกรอง หากคัดกรองไม่ผ่านผู้วิจัยขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและส่งต่อนักจิตวิทยาประจำหน่วยงานเพื่อประเมินเพิ่มเติมและให้การดูแลต่อไป ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยเพียงครั้งเดียวด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด โดยตอบคำถามในบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 ถึง 45 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยให้การดูแลเบื้องต้น รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือและส่งต่อนักจิตวิทยาในคลินิกนั้นดูแลเพิ่มเติมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของตัวแปรตามข้อตกลงทางสถิติของสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ¹⁹ ดังนี้ ตัวแปรที่เป็นมาตรวัด Interval ได้แก่ ระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และโรคร่วมของผู้ดูแล ตัวแปรที่เป็นมาตรวัด Ratio ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความพร้อมในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปร: ระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (skewness = 0.503, 1.116, 1.713, -0.600, 0.295, -0.259, 0.314, และ kurtosis = -1.328, 1.096, 2.141, 0.157, -0.346, -0.175, -0.778, ตามลำดับ) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรต้นแต่ละตัว โดยดูจากกราฟ Scatterplot ตัวแปรต้นและตัวแปรตามไม่มี Multicollinearity จากค่า VIF ของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 1.064-1.894 และ Tolerance ของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 0.528-0.939 ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ จากกราฟ Normal P-P plot มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ Residual= 0.000 และค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์จากกราฟ Scatterplot มีการกระจายพื้นที่เหนือและใต้เส้นระดับ 0.0 ใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถนำไปวิเคราะห์ขั้นต่อไปได้ จากนั้นทำการวิเคราะห์หิอทธิพลของตัวแปรแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในช่วงต้นเดียว

ผลการวิจัย

ข้อมูลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลจำนวน 122 ราย อายุระหว่าง 27 ถึง 85 ปี อายุเฉลี่ย 55.01 ปี (SD= 11.52) อยู่ในช่วงอายุ 41 ถึง 59 ปี ร้อยละ 53.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.9 เป็นบุตร ร้อยละ 72.1 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 14.8 จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 72.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.7 รายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 50.1 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแล ร้อยละ 82.8 ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแล ร้อยละ 90.2 ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลเฉลี่ย 6.26 ปี (SD= 4.91) ดูแลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 3 ปี ร้อยละ 38.5 ดูแลเฉลี่ย 15.25 ชั่วโมงต่อวัน (SD=

8.41) ใช้เวลาดูแล 17 ถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 90.2 ผู้ดูแลไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 71.4 กลุ่มที่มีโรคร่วม 1-3 โรค แบ่งเป็น ความรุนแรงของโรคร่วมระดับน้อย ร้อยละ 27 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.6 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (= 6.58, SD=2.04) จาก 10 คะแนน มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (=20.2, SD= 5.29) มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลค่อนข้างดีทางด้านสูง (skewness= -0.26) (= 36.44, SD= 8.74) และมีภาวะซึมเศร้าน้อย (=9.93 คะแนน, SD= 5.95) มีผู้ดูแล 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ที่มีคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนภาวะสุขภาพ ความพร้อมในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (n=122)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	0 - 10	0.2 -10	6.58 (2.04)	ปานกลาง
ความพร้อมในการดูแล	0 - 32	7 - 32	20.20 (5.29)	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	0 - 60	14 - 56	36.44 (8.74)	ค่อนข้างดีทางด้านสูง
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	0 - 60	0 - 23	9.93 (5.95)	-

ข้อมูลของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 122 ราย มีอายุระหว่าง 63 ถึง 98 ปี อายุเฉลี่ย 80.93 ปี (SD= 8.32) ช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.1 เป็น เพศหญิง ร้อยละ 66.4 ใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 73 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.54 ปี (SD= 4.99) ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 41.8 มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยร้อยละ 49.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27 และระดับรุนแรง ร้อยละ 23.8 มีโรคร่วมตั้งแต่ 1 ถึง 10 โรค โดยมีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 34.4 และระดับมากร้อยละ 25.4 ซึ่งโรคที่ผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อมเจ็บป่วยเป็น 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.518, p=0.000$, $r = -0.515, p=0.000$, และ $r = -0.213, p=0.018$, ตามลำดับ) สำหรับระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและโรคร่วมของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ($r = -0.041, p=0.654$, $r = 0.090, p=0.325$ และ $r = 0.019, p=0.838$, ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=122)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. ระดับของภาวะสมองเสื่อม ^s	1.00						
2. โรคร่วมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ^s	-0.141	1.00					
3. โรคร่วมของผู้ดูแล ^s	-0.057	-0.064	1.00				
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	0.059	0.021	-0.033	1.00			
5. ความพร้อมในการดูแล	0.228	-0.008	0.059	0.445**	1.00		
6. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	0.004	0.024	0.046	0.110	0.509**	1.00	
7. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	-0.041	0.090	0.019	-0.515**	-0.518**	-0.213*	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.4 ($\text{Adjust } R^2=0.354$, $F=9.277$, $p=0.000$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความพร้อมใน

การดูแล ($\beta=-0.421$, $p=0.000$) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($\beta=-0.347$, $p=0.000$) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลมากและมีภาวะสุขภาพดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย

สำหรับระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ($p=0.109$, $p=0.111$, $p=0.774$, $p=0.842$, ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (all enter method) ของปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ($n=122$)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE(b)	β	t	p-value
ค่าคงที่	23.849	2.352		10.141	0.000
ระดับภาวะสมองเสื่อม					
เล็กน้อย	Ref.				
ปานกลาง	1.743	1.079	0.131	1.616	0.109
รุนแรง	1.459	1.148	0.105	1.271	0.206
โรคร่วมของผู้สูงอายุ					
รุนแรงน้อย	Ref.				
รุนแรงปานกลาง	1.685	1.048	0.139	1.608	0.111
รุนแรงมาก	1.196	1.149	0.088	1.041	0.300
โรคร่วมของผู้ดูแล					
ไม่มีโรคร่วม	Ref.				
มีโรคร่วม	0.284	0.987	0.022	0.288	0.774
ภาวะสุขภาพ	-1.012	0.244	-0.347	-4.143	0.000*
ความพร้อมในการดูแล	-0.474	0.113	-0.421	-4.186	0.000*
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	0.012	0.059	0.017	0.199	0.842

* $p < 0.01$, $R = 0.630$, $R^2 = 0.396$, $\text{Adjust } R^2 = 0.354$, $F = 9.277$, $p = 0.000$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้พบผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.7 ต่ำกว่ารายงานจากการศึกษาในต่างประเทศที่สูงถึงร้อยละ 40²⁰ ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศมักเป็นคู่สมรส ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ด้วยปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในประเทศไทย เมื่อบิดามารดาเจ็บป่วย บุตรจึงเป็นผู้ที่ได้รับความคาดหวังจากสังคมในการทำหน้าที่ดูแล²¹ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่ต้องเผชิญความเครียดจากการรับบทบาทหน้าที่ที่มาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการในการรักษาและมีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ทำให้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล⁵ และการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Omranifard และคณะ⁴ พบว่าการที่ครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลมากจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย สนับสนุนแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold และคณะ¹¹ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมานานกว่า 3 ปี ทำให้มีความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ปรับตัวได้ดี³ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี ผู้ดูแลมีความสนใจและเข้าใจการดูแลสุขภาพมากขึ้นจึงทำให้มีความพร้อมในการดูแลมาก²² นอกจากนี้คลินิกความจำยังมีการจัดกลุ่มให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าน้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ดี จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Piercy และคณะ⁷ และสนับสนุนกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว¹¹ อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ^{11,12} เมื่อผู้ดูแลมีบุคคลอื่นในครอบครัวมาช่วยดูแล จึงเกิดความเครียดในบทบาทลดลง¹² จึงพบภาวะซึมเศร้าน้อย

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล แต่ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ball และคณะ²³ อาจเป็นเพราะการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อาจทำให้ผลเกิดความแตกต่างกัน เนื่องจากคุณภาพความสัมพันธ์ของคู่สมรสมีความเสมอภาคกัน¹¹ แต่คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ยังมีระบบอาวุโสในความสัมพันธ์กล่าวคือ บุตรมีความเคารพนับถือบิดามารดา²¹ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ปริมาณการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันยังไม่มาก กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีคู่สมรสและไม่ต้องทำงานนอกบ้าน และมีรายได้เพียงพอ อีกทั้งมีบุคลากรทีมสุขภาพในคลินิกความจำเตรียมความพร้อมในการดูแล จึงทำให้ความเครียดจากบทบาทและภาวะซึมเศร้าน้อยลง¹¹ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลจึงไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

ระดับภาวะสมองเสื่อมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล อาจเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อย แตกต่างกับการศึกษาของ Omranifard และคณะ⁴ ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย จะมีปัญหาด้านความจำและพฤติกรรมน้อยและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองเป็นส่วนใหญ่ แตกต่างกับผู้ที่มีภาวะ

สมองเสื่อมรุนแรงที่มีปัญหาในด้านความจำ การสื่อสาร และต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹

การศึกษาค้นนี้ยังพบว่า โรคร่วมของผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้ มีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาการของโรคร่วมอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ และยังไม่มีความแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการดูแล โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ส่วนโรคร่วมของผู้ดูแลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม และกลุ่มที่มีโรคร่วมมีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับต่ำ ส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ Cucciare และคณะ²⁴ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีโรคร่วมเฉลี่ย 2.41 โรค ซึ่งมากกว่าผู้ดูแลในการศึกษาค้นนี้

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความพร้อมในการดูแลและ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลที่มีความพร้อมมากและมีภาวะสุขภาพดี จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าน้อย ซึ่งปัจจัยที่เลือกมาศึกษาในการศึกษาค้นนี้สามารถสนับสนุนแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold และคณะ¹¹ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีบทบาท และการวิจัยเชิงคุณภาพได้บางส่วนเพราะลักษณะกลุ่มตัวอย่างต่างกัน ทำให้อาจต้องทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มคู่สมรสในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้มีความพร้อมในการดูแลในด้านต่างๆ และส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

References

1. Alzheimer's Association. 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer Dement* 2019; 15(3):321-87.
2. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. *Maturitas* 2010;66(2):191-200.
3. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2013;17(2):167-80.
4. Omranifard V, Haghighizadeh E, Akouchekian S. Depression in main caregivers of dementia patients: prevalence and predictors. *Adv Biomed Res [serial online]* 2018 [cited 2018 Nov 12]; 7: 34. Available from: <http://www.advbiores.net/text.asp?2018/7/1/34/225924>
5. Sasipinyo D. The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital. *Chula Med Bull* 2019;1(2):177-89.
6. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995;35(6):771-91.

7. Piercy KW, Fauth EB, Norton MC, Pfister R, Corcoran CD, Rabins PV, et al. Predictors of dementia caregiver depressive symptoms in a population: the cache country dementia progression study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013; 68(6):921-6.
8. Kashiwagi S, Tomiya N, Sandoval F. Factors associated with depression amongst family caregivers involved in care for community-dwelling persons of middle age and older: based on data from Indonesia family life survey. *IISTE* 2016;6(5):24-32.
9. Shyu YI, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, Hsu WC. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. *J Nurs Res* 2010;18(3):155-63.
10. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(1):191-200. (in Thai)
11. Archbold PG, Stewart BJ, Miller LL, Harvath TA, Greenlick MR, Buren LV, et al. The PREP system of nursing intervention: a pilot test with families caring for older members. *Res Nurs Health* 1995;18(1):3-16.
12. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
13. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st annual congress of Gerontology; 2014 November 29-30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; 2014. pp. B65.
14. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psycho Meas* 1977;1:385-401.
15. Kuptniratsaikul V, Pekuman P. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in Thai people. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 1997;49(5):1-9. (in Thai)
16. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson Comorbidity Index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008;61(12):1234-40.
17. Longphasuk N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Health conditions and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Council* 2018;33(2):97-109. (in Thai)
18. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Res Nurs Health* 1990;13:375-384.
19. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th. Philadelphia; 2017.
20. Bednarek A, Mojs E, Krawczyk-Wasielewska A, G odowska K, Samborski W, Lisi ski P, et al. Correlation between depression and burden observed in informal caregivers of people suffering from dementia with time spent on caregiving and dementia severity. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2016;20(1):59-63.
21. Sasat S. Gerontological nursing: common problems and caring guideline. 3rded. Bangkok: CU Print; 2011. (in Thai)

22. Sangsarawad C, Lagampan S, Chansirikarnjana S, Intarasombat P. Determinants of the quality of life among elderly people with dementia. The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2011;12(3):23-34. (in Thai)
23. Ball V, Snow AL, Steele AB, Morgan RO, Davila J, Wilson N, et al. Quality of relationships as a predictor of psychosocial functioning in patients with dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol 2010;23(2):109-14.
24. Cucciare MA, Gray H, Azar A, Jimenez D, Gallagher-Thompson D. Exploring the relationship between physical health, depressive symptoms, and depression diagnoses in Hispanic dementia caregivers. Aging Ment Health 2010;14(3):274-82.