

ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี

กั้ววานไทย ออกตลาด พ.บ., ส.ม., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน ประกอบด้วย อาสาสมัคร จำนวน 24 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 54 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2560 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ (alpha 0.87) แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF- Thai) (alpha 0.94) และแบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai HADS) (alpha 0.85) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอย Multinomial logistic regression และวิเคราะห์สรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.8 และ 75.9 อายุเฉลี่ย 42 และ 51 ปี ตามลำดับ มีศักยภาพด้านบทบาทโดยรวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 39.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28, 44.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28), คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 29.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.7, 27.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในเกณฑ์ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 93.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.0, 85.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.8) จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 25.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 24.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 27.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 22.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) ด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 10.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 10.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) และด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 29.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 27.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8), ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.5 และ 87.0 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และ 68.5 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และ 79.6 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทย (adj.OR = 19.18, 95% CI: 0.29-0.36) การสนับสนุนของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92) ศักยภาพตามบทบาท (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90) เพศ (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) และอายุของผู้ดูแล (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77) ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05) และพบว่าความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสังคม 2) ระดับจังหวัด มีการสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางด้านการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 3) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษา 4) มีการส่งเสริมสุขภาพ จัดให้มีค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้า และ 5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

สรุป ผลการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง, ผู้ดูแล, ศักยภาพ, คุณภาพชีวิต

The Capacity and Quality of Life of Caregivers Caring for Patients Who need Long-term Care in Huaykoeng Hospital, Udonthani Province

Kangwanthai Oaktalad M.D., M.P.H., Dip. Preventive Medicine, (Community Mental Health),
Huaykoeng Hospital

ABSTRACT

This research was aimed to evaluate the capacity and quality of life of caregivers caring for patients who need long-term care in Huaykoeng hospital, Udonthani province. 78 samples were composed of 24 volunteers, 54 family members and in-depth interviewed 8 caregivers who have been caregivers at least 1 year. Collected data during June to July 2017, by using demographic and satisfaction questionnaires (alpha 0.87), quality of life (WHOQOL-BREF- Thai) assessment (alpha 0.94), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) assessment (alpha 0.85). The statistical data analysis was conducted by using the descriptive statistics, the multinomial logistic regression and content of Induction analysis.

The results: Most of caregivers (volunteers and family member group) were female (70.8%, 75.9%), mean ages 42 (SD 2.0) and 51 (SD 6.8) years old, having their capacity at high level (mean $39.50 \pm SD 11.28$ and $44.01 \pm SD 11.28$), Average score of quality service (mean $29.20 \pm SD 8.7$ and $27.2 \pm SD 6.8$), average score of quality of life (mean $93.31 \pm SD 12.0$ and $85.01 \pm SD 16.8$) there were physical sign (mean $25.20 \pm SD 2.0$ and $24.70 \pm SD 6.8$ respectively), mental sign (mean $27.70 \pm SD 2.0$ and $22.14 \pm SD 6.8$), social sign (mean $10.91 \pm SD 2.0$ and $10.20 \pm SD 6.8$) and environment sign (mean $29.50 \pm SD 2.0$ and $27.66 \pm SD 6.8$ respectively). Overall of anxiety of caregivers (volunteers and family members) was at moderate level (87.5% and 87.0%), overall depression was moderate level (66.7% and 68.5%), overall of caregiver satisfaction was high level (83.3% and 79.6%). Factors influence to caregiver's quality of life had statistically significant were as follows support of Thai traditional medicine (adj.OR= 19.18, 95% CI: 0.29-0.36), support of nurses (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92), capacity's role (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90), gender (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86), anxiety (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) and age (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35), factors impede the quality of life were as follows working (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77), Potential's caregivers (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) and depression (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05). From indepth interview, caregivers would like to five needs: 1) government or Ministry of public health should define health policy for caregiver and the laws related to social services, 2) health provincial government to encourage people to prepare themselves financially before old age, 3) need the assistance in any activity from the nurse, 4) health promoting for caregiver, determine of salaries, allowances and development of potential for advancement and 5) local government organization and community network to establish group club of health support for long term patients.

Conclusion: these findings illustrate the capacity and quality of life of caregivers could be increased the capacity's caregivers that significantly.

Keywords: Long-term Patients, Caregivers, Capacity, Quality of Life

บทนำ

สถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิงจากโครงสร้างประชากรในประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จังหวัดอุดรธานี มีสัดส่วนและแนวโน้มกลุ่มประชากรสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี รองลงมา ช่วง 60 ปีขึ้นไป วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงานในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อัตราตายต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากปี 2556 อัตรา 5.15 ต่อประชากรพันคน ในปี 2559 ลดลงเป็น 4.75 ต่อประชากรพันคน ระหว่างปี 2556-2559 มีจำนวนการตาย (อัตราตายต่อประชากรพันคน) เท่ากับ 893 (5.15), 970 (5.52), 975 (5.55) และ 894 (4.75) ตามลำดับ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังในผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น¹ การได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงหรือที่เรียกว่า caregiver นั้น มักเกิดขึ้นแบบกะทันหันส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ของคนในครอบครัวที่ต้องล้มป่วยลงโดยไม่คาดหมาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตกอยู่ในสภาพเป็นมือสมัครเล่นที่ต้องมารับมือกับความรับผิดชอบแบบยิ่งใหญ่นิดไม่รู้อันใด ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักตกอยู่ในสภาพตั้งหลักไม่ทัน แม้เวลาจะผ่านไปเนิ่นนานหลายปีก็ตาม ทำให้วันเวลาที่ใช้ทำสิ่งดีๆ เพื่อคนที่ตนรักในครอบครัวกลับกลายเป็นวันเวลาที่ตนเองมีความสุขไม่ไปอย่างน่าเสียดาย และต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก²

ปัจจุบันพบว่า โรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ 10 อันดับแรกของโรคในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโรคที่เกิดขึ้นมักมีความก้าวหน้าและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยน้อยลง จึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นผู้ดูแล สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวลและซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัวและออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง จากการรวบรวมหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อ

การสูญเสียสุขภาพกายและจิต รวมถึงมีโอกาเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจมากขึ้น³ นอกจากนี้ความเครียดยังจะแสดงผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (quality of care) แล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ดูแลตามมา⁴ ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีความสำคัญกับการมีสุขภาพจิตทางบวกแทนการรับมือกับความทุกข์และการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการดูแลทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแล และการปรับตัวต่อปัญหาความเจ็บป่วย⁵ จากสถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิงและระบบการดูแลระยะยาวที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวมาข้างต้น ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง มีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง จำนวน 111 คน ที่จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (continuity of care: COC) ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนามาตั้งแต่ปี 2558 กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง เป็นการวางแผนระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการสม่ำเสมอ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) โดยกำหนดบทบาทของทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT) กำหนดบทบาทผู้จัดการระบบดูแล (care manager) และกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การออกแบบกระบวนการงานสำคัญ ได้แก่ กำหนดแผนการพัฒนา พัฒนางานสำคัญ ให้แก่ผู้ดูแล ปรับปรุงคุณภาพกระบวนการ ประเมินผล และใช้กระบวนการวงจรต่อเนื่อง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงทั้งกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง
3. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลจากหน่วยงานของรัฐในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2560

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล การสนับสนุนของทีมหมอบรรพชา ศักยภาพตามบทบาท ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
2. ตัวแปรตาม คือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้อย่างน้อย 1 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2(p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2(p(1-p))}$$

N = population size

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

d = ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้ผิดพลาดได้ 5% (Acceptable error = 0.05)

q = 1 - p, p = สัดส่วนผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงต่อผู้ดูแลกลุ่มป่วยทั้งหมด⁷ ร้อยละ 21.0, ค่า p เท่ากับ 0.21

n = $111 \times (1.96)^2 \times (0.21(1-0.21)) = 78$ คน
 $((0.05)^2 \times (111-1) + (1.96)^2(0.21(1-0.21)))$

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 78 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกลุ่มป่วยติดเตียงเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 54 คน และเป็นอาสาสมัคร จำนวน 24 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม มีทั้งแบบให้

เลือกตอบ (Multiple choices) และคำถามแบบเปิด (Open-ended) จำนวน 77 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทีมหมอบรรพชาที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ คำถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน และด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอบรรพชา⁸ ระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้น มากที่สุด และศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย และระบบส่งต่อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ($\alpha = 0.86$) คำถามเกี่ยวกับพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ระบบส่งต่อ และการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ⁹ การตอบ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 26 ข้อ

4.1 เป็นแบบประเมิน สำหรับวัดคุณภาพชีวิต (QoL: Quality of Life indicator) พัฒนาจากองค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ¹⁰ มีค่า ($\alpha = 0.94$) คำถาม

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คำตอบมี 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงมากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกพอใจมาก-ดี คำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต วิเคราะห์รายด้าน ตามระดับคะแนนดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ร่างกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
จิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
สังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
สิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 -60	61-95	96-130

4.2 แบบประเมิน the Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทย¹¹ ประเมินความวิตกกังวล ($\alpha = 0.99$) 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และภาวะซึมเศร้า ($\alpha = 0.85$) 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) คะแนนการตอบ 0 = ไม่เป็นเลย, 1 = บางครั้ง, 2 = บ่อยครั้ง, 3 = เป็นส่วนใหญ่

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากทีมหมอบรรเทาและ ความต้องการ จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบบันทึกและแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิจารณาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายใต้ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยการให้ความเคารพในความเป็นบุคคล

ได้อธิบายถึงการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย และเมื่อผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลรายบุคคล ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอหรือเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-square tests (X^2) และการวิเคราะห์ถดถอย Multinomial logistic regression อธิบายด้วยค่า adjusted OR และ 95% confidence interval

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร ($n=24$) และผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$) ส่วนใหญ่เพศหญิงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 70.8 และ 75.9 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD 2.0) และ 51 ปี (SD 6.8) ตามลำดับ จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.2, 66.7 ทำงานและรายได้ ร้อยละ 83.3 และ 70.4 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 62.5 และ 74.1 ตามลำดับ ทีมหมอบรรเทาที่ให้การสนับสนุนจากนักรแพทย์แผนไทยร้อยละ 50.0, 66.7 และ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 62.5 และ 79.6 ตามลำดับ และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ร้อยละ 91.7 และ 87.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร ($n=24$) และผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$)

ข้อมูลทั่วไป	อาสาสมัคร ($n=24$)		ผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	17	70.8	41	75.9
ชาย	7	29.2	13	24.1
อายุ (ปี) $\bar{X}$ (SD)	42 (SD 2.0)		51 (SD 6.8)	
< 30	2	8.3	1	1.9
30-39	8	33.3	3	5.6
40-49	8	33.3	19	35.2
≥ 50	6	25.0	31	57.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร (n=24) และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาสาสมัคร (n=24)		ผู้ดูแลในครอบครัว (n=54)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	54.2	36	66.7
มัธยมศึกษา	8	33.3	14	25.9
อาชีวศึกษา				
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	12.5	4	7.4
การทำงานและรายได้				
ไม่ได้ทำงาน	4	16.7	16	29.6
ทำงานประจำ-มีรายได้	20	83.3	38	70.4
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล				
1 คน	15	62.5	40	74.1
2 คน	6	25.0	12	22.2
3 คน	3	12.5	2	3.7
ทีมหมอครอบครัวที่ให้การสนับสนุน				
แพทย์	3	12.5	15	27.8
พยาบาลวิชาชีพ	15	62.5	43	79.6
นักการแพทย์แผนไทย	12	50.0	36	66.7
สหวิชาชีพอื่นๆ *	24	100	54	100
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
เป็นคู่สมรส	2	8.3	7	13.0
อื่นๆ (บุตร หลานญาติฝ่ายอื่นๆ)	22	91.7	47	87.0

*ทันตภิบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, เกษัตริกร, เจ้าพนักงานสาธารณสุข, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

วัตถุประสงค์ที่ 1. เพื่อศึกษาศักยภาพ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงทั้งกลุ่มอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ศักยภาพของอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 68.5 อาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัว (mean 39.50±SD 11.28, mean 44.01±SD 11.28) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 41.7 และ 57.4 โดยรวมอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 29.20 ±SD 8.7, mean 27.27 ±SD

6.8) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 และ 51.9 ในกลุ่มอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัวคะแนนคุณภาพชีวิต (mean 93.31 ± SD 12.0, mean 85.01±SD 16.8) โดยเฉลี่ยอาสาสมัครมากกว่าผู้ดูแลเล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 และ 74.1 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 25.20±SD 2.0, mean 24.70 ±SD 6.8) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 55.6 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ย (mean 27.70 ±SD 2.0, mean 22.14±SD 6.8) ในกลุ่มอาสาสมัครมากกว่าผู้ดูแลเล็กน้อยด้านสังคม คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 53.7 โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (mean 10.91±SD 2.0, mean 10.20±SD 6.8) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 50.0, 48.1 และมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 29.50±SD 2.0, mean 27.66±SD 6.8) โดยด้านความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 87.5 และ 87.0 โดยรวมด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 66.7 และ 68.5 และความพึงพอใจโดยรวมในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และ 79.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของอาสาสมัคร และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54)

ประเด็น	คะแนน	อาสาสมัคร (n = 24)	ผู้ดูแลในครอบครัว (n = 54)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
I ศักยภาพบทบาทของผู้ดูแล		39.50 ±11.28*	44.01±11.28*
ระดับต่ำ	1-21	3(12.5)	3(5.6)
ระดับปานกลาง	22-43	8(33.3)	14(25.9)
ระดับสูง	44-63	13(54.2)	37(68.5)
II คุณภาพการดูแลผู้ป่วย		29.20 ±8.7*	27.27 ± 6.8*
ระดับต่ำ	1-16	5(20.8)	7(13.0)
ระดับปานกลาง	17-32	10(41.7)	31(57.4)
ระดับสูง	33-50	9(37.5)	16(29.6)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของอาสาสมัคร (n=24) และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54) (ต่อ)

ประเด็น	คะแนน	อาสาสมัคร (n = 24)	ผู้ดูแลในครอบครัว (n = 54)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
III คุณภาพชีวิตของ			
ผู้ดูแล			
ด้านร่างกาย		25.20±2.0*	24.70±6.8*
ไม่ดี	7-16	1(4.2)	1(1.9)
ปานกลาง	17-26	14(58.3)	40(74.1)
ดี	27-35	9(37.5)	13(24.1)
ด้านจิตใจ		27.70±2.0*	22.14±6.8*
ไม่ดี	6-14	0(0.0)	4(7.4)
ปานกลาง	15-22	11(45.8)	20(37.0)
ดี	23-30	13(54.2)	29(53.7)
ด้านสังคม		10.91±2.0	10.20±6.8*
ไม่ดี	3-7	2(8.3)	7(13.0)
ปานกลาง	8-11	13(54.2)	29(53.7)
ดี	12-15	9(37.5)	18(33.3)
ด้านสิ่งแวดล้อม		29.50±2.0	27.66±6.8*
ไม่ดี	8-18	0(0.0)	3(5.6)
ปานกลาง	19-29	12(50.0)	26(48.1)
ดี	30-40	12(50.0)	26(48.1)
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล		93.31±12.0*	85.01±6.8*
โดยรวม			
ไม่ดี	26-60	11(45.8)	3(5.6)
ปานกลาง	61-95	1(4.2)	28(51.9)
ดี	96-130	21(87.5)	23(42.6)
IV ความวิตกกังวลโดยรวม		11.06±2.39*	11.94 ±2.39*
รวม			
ไม่ดี	1-6	2(8.3)	0(0.0)
ปานกลาง	7-14	7(29.2)	47(87.0)
ดี	15-21	16(66.7)	7(13.0)
V ภาวะซึมเศร้าโดยรวม		8.04±2.0*	8.22 ±6.8*
ไม่ดี	1-6	1(4.2)	16(29.6)
ปานกลาง	7-14	0(0.0)	37(68.5)
ดี	15-21	4(16.7)	1(1.9)
VI ความพึงพอใจโดย		37.10±5.2*	35.50 ±1.82*
รวม			
ระดับต่ำ	1-16	20(83.3)	0(0.0)
ระดับปานกลาง	17-32	0(0.0)	11(20.4)
ระดับสูง	33-50	13(54.2)	43(79.6)

วัตถุประสงค์ที่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทย (adj.OR= 19.18, 95% CI: 0.29-0.36) การสนับสนุนของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92) ศักยภาพด้านบทบาท (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90) เพศหญิง (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) อายุของผู้ดูแล ช่วง 30-39 ปี (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (n=78)

ปัจจัย	Exp(B)	95% Confidence Interval		p-value
		adjustOR	Lower Upper	
เพศ				
หญิง	1.88	0.45	0.86	0.038*
ชาย	0			0
อายุผู้ดูแล (ปี)				
<30	6.95	1.05	2.33	0.046*
30-39	1.08	0.30	0.35	<0.001*
40-49	2.55	0.66	9.83	0.173
≥50	0			0
การทำงาน				
ไม่ได้ทำงาน	0.25	0.14	0.77	0.028*
ทำงานประจำ-มีรายได้	0			0
การสนับสนุนของทีมหมอครอบครัว				
พยาบาลวิชาชีพ	2.82	0.78	0.92	0.011*
นักการแพทย์แผนไทย	19.18	0.29	0.36	0.045*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (n=78)(ต่อ)

ปัจจัย	Exp(B)	95% Confidence Interval		p-value
		adjustOR	Lower Upper	
ศักยภาพด้านบทบาท				
ระดับต่ำ	4.70	0.60	36.48	0.139
ระดับปานกลาง	2.50	0.69	0.90	0.016*
ระดับสูง	0			0
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย				
ระดับต่ำ	1.98	0.36	0.78	0.430
ระดับปานกลาง	0.65	0.18	0.31	0.010*
ระดับสูง	0			0
ความวิตกกังวล				
ระดับต่ำ	5.60	0.60	0.68	0
ระดับปานกลาง	1.85	0.32	0.54	0.048*
ระดับสูง	0			0
ภาวะซึมเศร้า				
ระดับต่ำ	0.28	0.01	0.06	0.419
ระดับปานกลาง	0.34	0.01	0.05	0.047*
ระดับสูง	0			0

*p-value < 0.05

วัตถุประสงค์ที่ 3. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลจากหน่วยงานของรัฐในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง สรุปความต้องการของผู้ดูแลแบ่งเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2) ระดับจังหวัด ควรสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางด้านการเงินก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษา 4) มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้คำตอบแทนเบี่ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพ และ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

ตัวอย่างคำพูดความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

“ภาระที่ได้ดูแลเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และบ่อยครั้งที่ทำให้เกิดความตึงเครียด จึงมีความต้องการมีตัวช่วย จัดหาผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นพี่เลี้ยงและคอยติดตามดูแลในเรื่องการกินยาและความเป็นอยู่ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มญาติ มาช่วยแก้ปัญหา ช่วยดูแลเอาใจใส่ หรือช่วยให้กำลังใจจากกลุ่มเพื่อน ญาติ พี่น้อง ใครมีเวลา ผลัดเวรกันมาช่วยแบ่งเบาภาระกันระบายนความคับข้องใจกันและกัน” ...ผู้ดูแล 1

“การเป็นผู้ดูแล บางวันก็อาจมีอารมณ์โมโห ฉุนเฉียวกับผู้ป่วยบ้าง เช่น โกรธ หงุดหงิด เบื่อ เศร้า ต้องการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้สามารถควบคุมหรือ ลดอาการเหล่านี้ลงบ้าง จะได้สบายใจขึ้น” ...ผู้ดูแล 2

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยอาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลในครอบครัว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจุบันความเจริญด้านการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์เราอายุยืนมากขึ้น มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นนำมาซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ทุพพลภาพและต้องการการดูแลมากขึ้น ซึ่งภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลานั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด รายได้ผู้ป่วยมาจากเงินเบี่ยยังชีพสูงอายุ (800 บาท) และเบี่ยยังชีพผู้พิการ (800 บาท) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้สูงอายุและมีความพิการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹² ที่พบปัจจัยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือเห็นผลได้จริง แต่ผู้ดูแลควรระมัดระวังปัญหาการทำร้ายจากผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตและภาวะความเครียดที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาที่พบว่า บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล¹³ และการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁴ ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ประกอบด้วย ความต้องการคนที่มาช่วยดูแลเพิ่ม การสลับเปลี่ยนการดูแล รวมทั้งความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทยและพยาบาลวิชาชีพ ศักยภาพตามบทบาท เพศ ความวิตกกังวล ผู้ดูแลอายุต่ำกว่า 39 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน¹⁵ ที่พบที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการหรือผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวนั้น ทำให้เกิดความตึงเครียดสูงต่อผู้ดูแล จากการศึกษาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ระบบที่พัฒนาภายใต้ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแบบบูรณาการนี้ มีคุณภาพและเป็นจุดแข็งสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ เป็นต้นแบบที่ดี สามารถนำไปเป็นบทเรียนรู้ให้แก่บุคคลและสังคมอื่นๆ ที่มีบริบทสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกันได้

2. ใช้เป็นฐานข้อมูลการดูแลที่ดีทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม จะสะท้อนบริบทการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของสังคมไทยที่ชัดเจนและสามารถนำไปกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวของทาง

ราชการ และเอกชนที่เหมาะสม

3. นำไปสู่การจัดทำระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคม อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายศิริชัย ระบายเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเก็ง ที่เปิดโอกาสและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ นางวิภาดา อาสนะ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยเก็ง และ นางกุหลาบ ชนะพจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเก็ง เป็นผู้ประสานงานด้านการเก็บข้อมูลงานวิจัยทั้งหมด เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยเก็ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเก็ง ตลอดจนทีมหมอครอบครัวตำบลห้วยเก็ง สหวิชาชีพทุกท่าน ผู้ร่วมงานในการทำแผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติงานพัฒนางานปฐมนิเทศร่วมกัน อาจารย์สมพร แวงแก้ว กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำปรึกษา และการวิเคราะห์ผลงานวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่กล่าวถึงในที่นี้ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. พิเศษฐ์ ศรีประเสริฐ. 7 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จัดระบบการดูแลเชิงรุกผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าว hfocus; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content>.
2. วัจนา ลีละพัฒนะ, สายพิน หัตถิรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว (working with caregiver burnout). ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.mahidol.ac.th/fammed/th/article23>.
3. สันต์ ไชยอดศิลป์. การเป็นผู้ดูแลคนป่วย

เรื้อรัง (Caregiver) [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.visit-drsant.blogspot.com/2010/07/caregiver.html>

4. Ebrahimzadeh MH, Shojaee BS, Keshtan FG, Moharari F, Kachooei AR, Fattahi AS. Depression, anxiety and quality of life in caregiver spouses of veterans with chronic spinal cord injury. *Iran J Psychiatry* 2014; 9(3): 133–36.

5. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติการดูแลทางสังคมจิตใจใน Psychosocial clinic และคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: ปิยอนงค์ พับลิชชิ่ง; 2559: 3-18. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sorporsor.com>

6. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995: 180.

7. เวชระเบียนโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี. 2559.

8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุญบุญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2558; 16.

9. Best JW. Research in education. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice hall inc; 1970.

10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

11. ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41(1): 18-30.

12. อุเทน มุกเย. การพัฒนาระบบการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านด้วยการแพทย์แผนไทย ของชุมชนตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. [วิทยานิพนธ์]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558: 213-23.

13. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurs J* 2555; 20(1): 10-21.

14. อรพรรณ กาศโอสถ, ศิริภรณ์ ทองคำ, ขวัญทิพย์ กาสาย, วิชุดา ศรียุทนา, วราภรณ์ มหาพรหม, ยงยุทธ แก้วเต็ม. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตพื้นที่อำเภอเงิน จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558: 1-14.

15. Hoof JV, Wetzels MH, Dooremalen AM, Overdiep RA, Nieboer ME, Eyck AM. Exploring Innovative Solutions for Quality of Life and Care of Bed-Ridden Nursing Home Residents Through Codesign Sessions. *JA research* 2015: 1-14.