



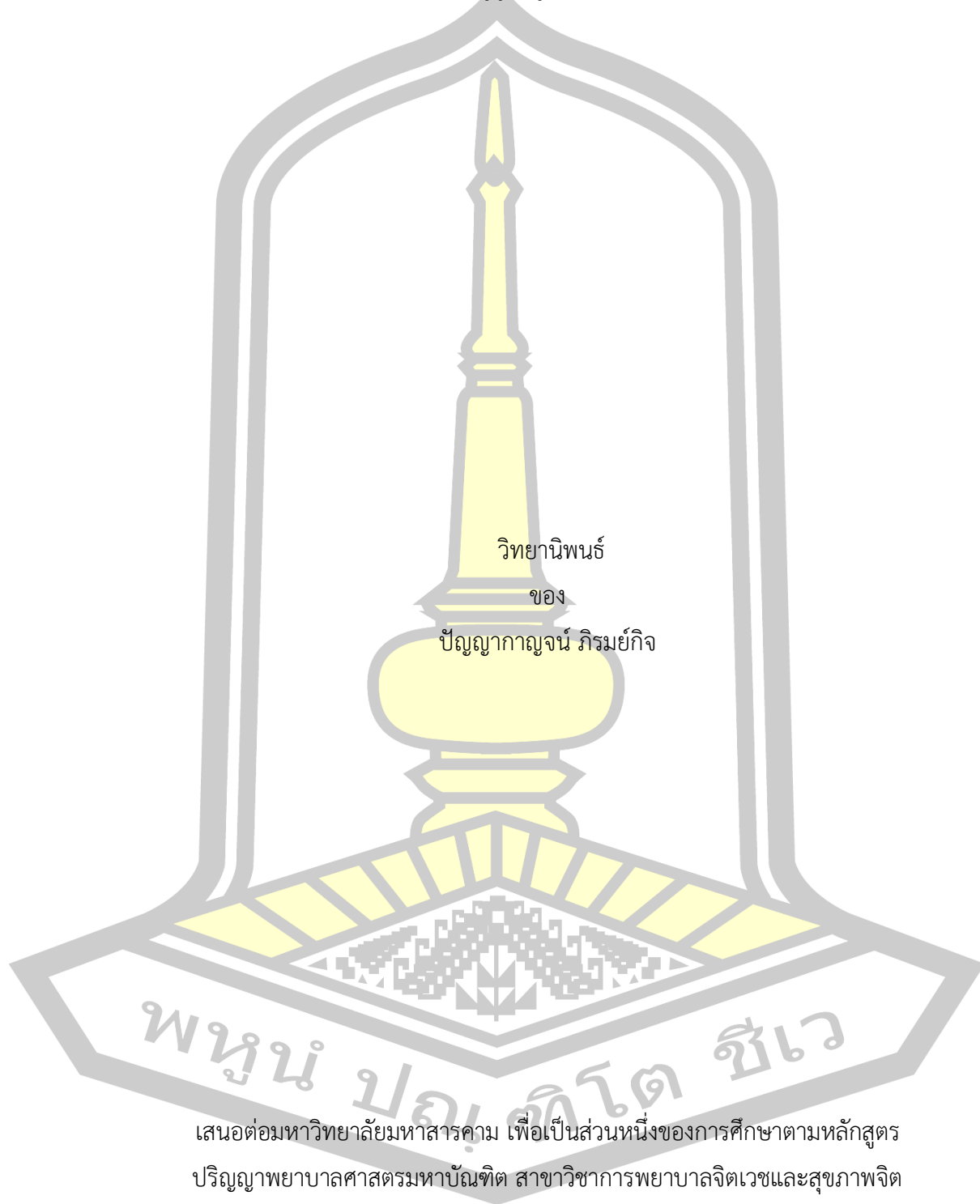
ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า
ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิทยานิพนธ์
ของ
ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า
ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

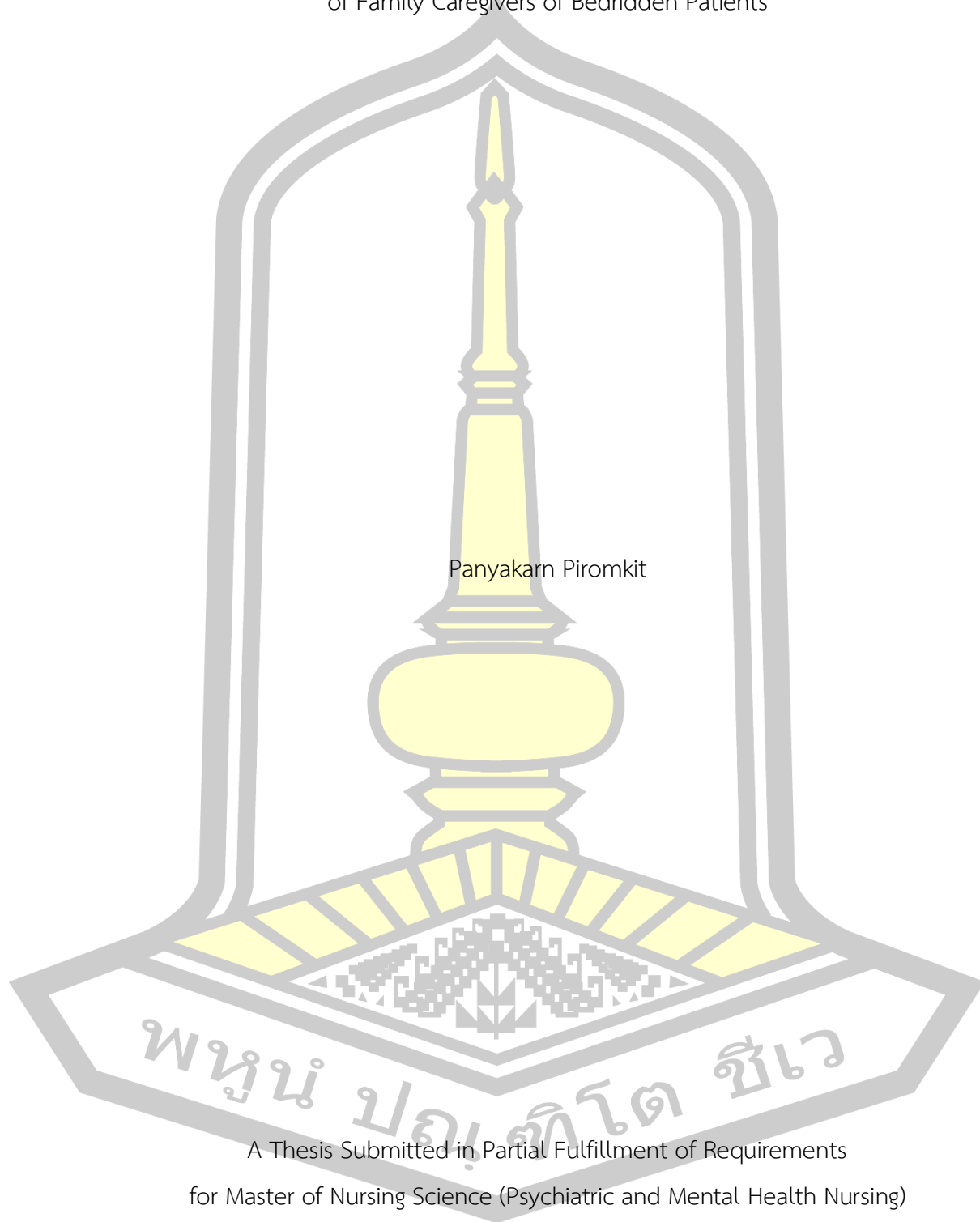


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Relationships between Care Burden, Coping Behaviors, Health Status and Depression
of Family Caregivers of Bedridden Patients



Panyakarn Piromkit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

May 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

กรรมการ

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง		
ผู้วิจัย	ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุจกรกานต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในประเทศไทย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวและญาติของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการดูแลมีความซับซ้อนและใช้ระยะเวลานาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการความคิดของเพอร์ลิน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการทำวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินภาวะในการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .94, .82 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ร้อยละ 64.1 เป็นบุตร ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.7 ใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 14 ชั่วโมง และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 2 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 98.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวมเท่ากับ 118.05 คะแนน ภาวะในการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.41$) และมีภาวะสุขภาพระดับดี ($M = 63.94$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.27, p < .01$) ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r = .64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมี

ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.57, p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน เพื่อทำความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ภาระในการดูแล, ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมการเผชิญปัญหา, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง



TITLE	Relationships between Care Burden, Coping Behaviors, Health Status and Depression of Family Caregivers of Bedridden Patients		
AUTHOR	Panyakarn Piromkit		
ADVISORS	Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

The number of caregivers of bedridden patients with older adults and chronic disabilities is increasing in Thailand. Most caregivers are family members and relatives of the patients. The activities of daily care can be complicated and time consuming, affecting the caregivers mental health and quality of life. This study used Pearlin's stress process concept as a framework to guide the research.

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

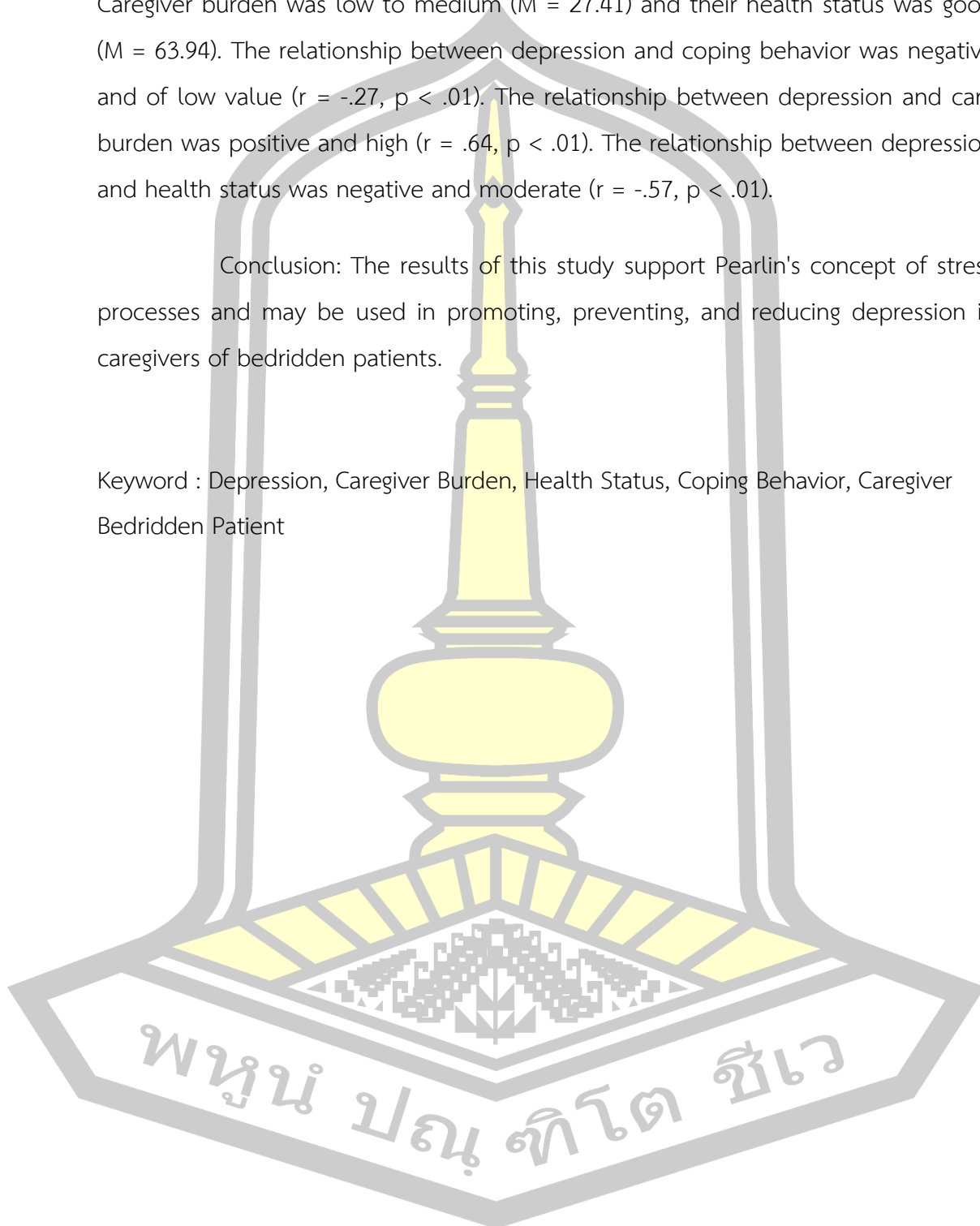
Research Methods: The sample consisted of 270 caregivers of bedridden patients in a northeastern province of Thailand. Data were collected using a personal information questionnaire, coping behavior assessment, caregiver depression assessment, and health status assessment. Cronbach's alpha coefficients for internal reliability of the instruments were .93, .94, .82, and .91 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

Results: Most caregivers were offspring of the bedridden patients (64.1%). Their average age was 55 years. The average length of time in caring for the patients was two years and the average daily time to care for the bedridden patients was 14 hours. Most caregivers had no underlying disease (80.7%) nor

reported having depression (98.1%). Their average coping behavior score was 118.05. Caregiver burden was low to medium ($M = 27.41$) and their health status was good ($M = 63.94$). The relationship between depression and coping behavior was negative and of low value ($r = -.27, p < .01$). The relationship between depression and care burden was positive and high ($r = .64, p < .01$). The relationship between depression and health status was negative and moderate ($r = -.57, p < .01$).

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

Keyword : Depression, Caregiver Burden, Health Status, Coping Behavior, Caregiver Bedridden Patient



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญาและให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 6 แห่ง อำเภอจัตุรัส อำเภอเทพสถิต อำเภอบำเหน็จณรงค์ อำเภอกอนสวรรค์ อำเภอภูเขียว และอำเภอหนองบัวระเหว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ พร้อมทั้งบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ประสานงานในพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกระหว่างลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และจัดหากลุ่มตัวอย่างเหมาะสมและครบถ้วนตามเกณฑ์ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว และเพื่อนๆ ทุกคน เพื่อนๆ คลินิกชุมชนอบอุ่น เพื่อนๆ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบคุณดีทั้งหมดของวิทยานิพนธ์นี้เป็นความกตัญญูกตเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา ครูบาอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ

พญูนุ ปณฺ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามคำศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้ป่วยติดเตียง.....	10
ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	15
ภาวะซึมเศร้า.....	17
แนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin.....	22
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	24
ภาระในการดูแล.....	24

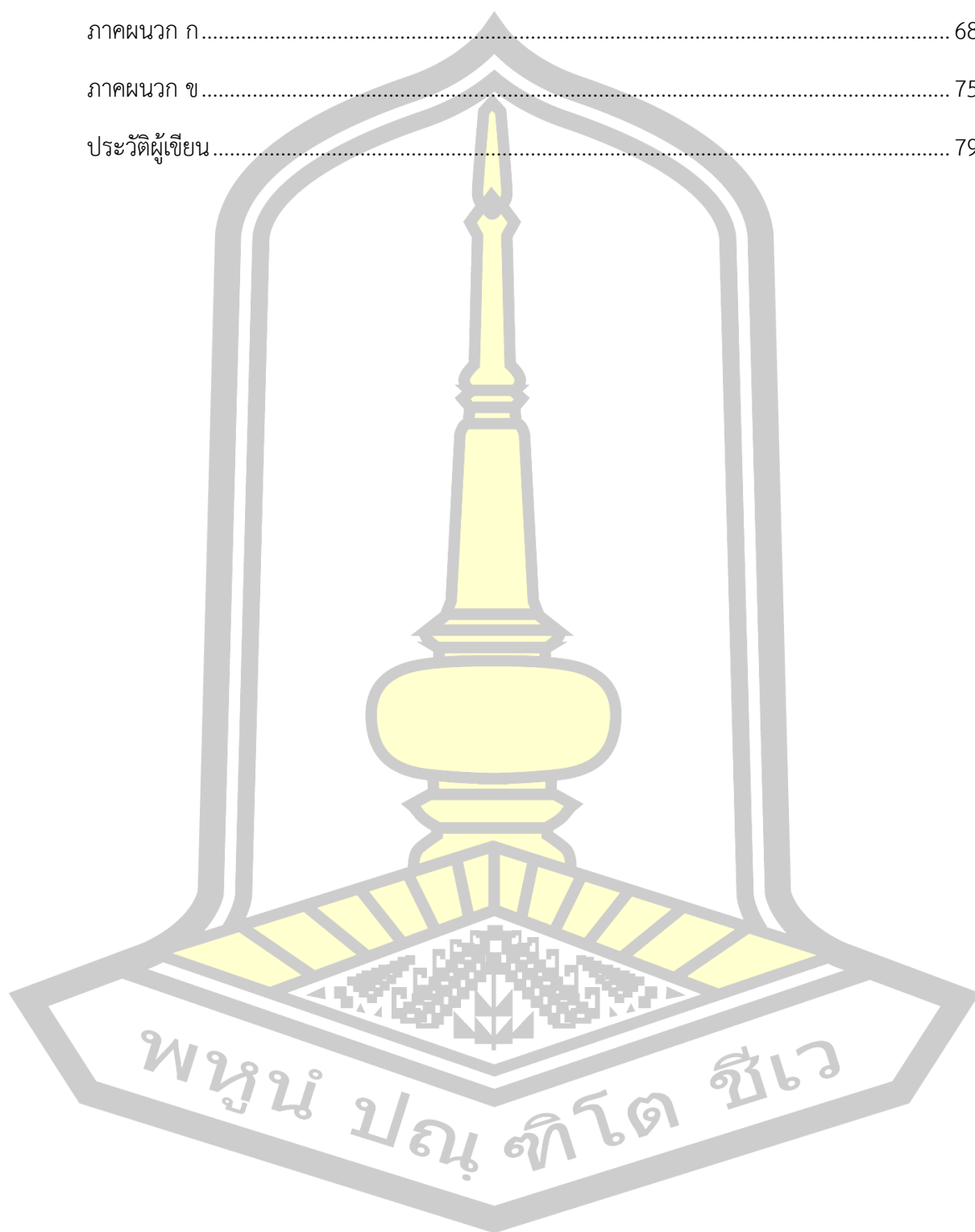
พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา.....	27
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	40
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง.....	40
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	44
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	46
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	48
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	48
ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะ ซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวม.....	50
ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	51
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	59
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	60

บรรณานุกรม..... 61

ภาคผนวก ก..... 68

ภาคผนวก ข..... 75

ประวัติผู้เขียน..... 79



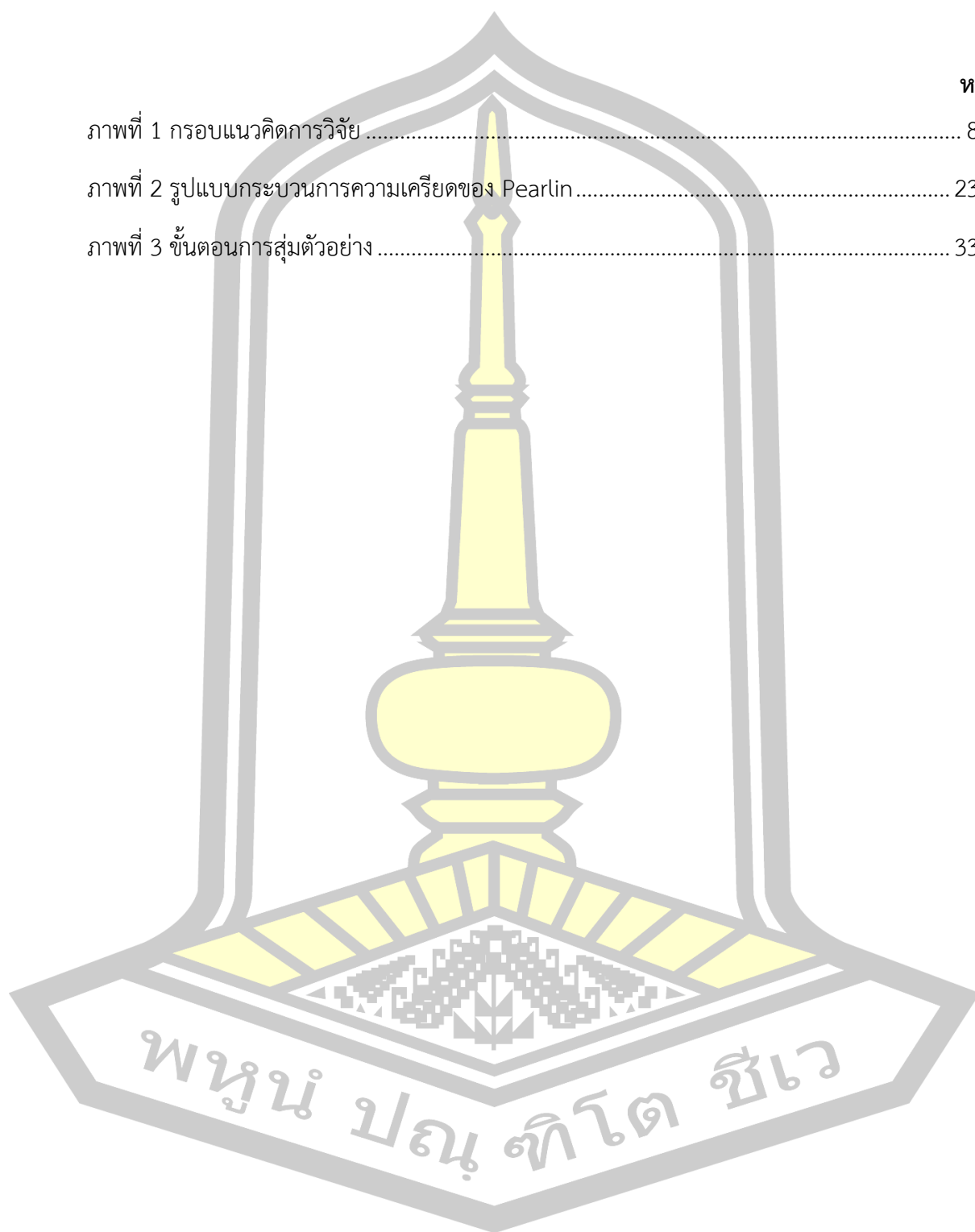
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	41
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยติดเตียง	43
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนสัมพันธ์ของพฤติกรรมกาการเผชิญปัญหา รายด้านและโดยรวม	44
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินพฤติกรรมกาการเผชิญปัญหา ข้อ	45
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาาระในการดูแล	47
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาวะสุขภาพ.....	48
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า	49
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า.....	49
ตารางที่ 9 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกาการเผชิญ ปัญหา ระดับภาาระในการดูแล ระดับภาวะสุขภาพ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยรวม	50
ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมกาการเผชิญปัญหา ภาาระใน การดูแล ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	52
ตารางที่ 11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	59

พจนัน ปณุกิจโต ชีเว

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ภาพที่ 2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin	23
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	33



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยติดเตียง เป็นประเด็นสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย จากสถิติพบผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 501,370 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ ในการทำกิจกรรมของตนเองและมีความสามารถจำกัด ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมิผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก พบในกลุ่มผู้สูงอายุจากอายุเป็นส่วนมากที่เพิ่มขึ้น เกิดความเสื่อมทางด้านร่างกายรวมทั้งความต้องการในการพึ่งพาผู้อื่น (Handicap, 2015) ประกอบกับสังคมไทยปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จากการคาดการณ์ของ Panupong et al.(2020) เกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเป็นผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยปี 2020 จำนวน 131,000 คน และจะเพิ่มสูงขึ้นในปี 2030 จำนวนถึง 153,000 คน รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต และความพิการจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยติดเตียงแต่ละรายมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ได้แก่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ บางรายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน หรือต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มนี้ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม และกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้พิการที่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณไขสันหลัง ผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น (Aysun & Nesrin, 2019) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีค่าคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity Daily Living index: ADL) อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, 2564) มีการดูแลที่ย่างยากซับซ้อนและการใช้เวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมด้วยบางกรณี ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหารเสริม และอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น และค่าเสียโอกาสในการประกอบอาชีพของผู้ดูแล พบว่าต้นทุนบริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เฉลี่ยรายละ 16,000 บาท/เดือน (ศรีเรือน ดิพูน, 2562) ดังนั้น จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการเกิดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

โดยทั่วไปในสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมในครอบครัวชนบทหรือครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้ดูแลเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวผู้เจ็บป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเรียกว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) จะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ บนพื้นฐานของ

ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อนหรือญาติ และมีผู้ดูแลอีกหนึ่งประเภท คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนในการให้การดูแล ประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจได้รับการฝึกอบรมจากหลักสูตรที่มีมาตรฐานหรือไม่ก็ได้ (กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ & นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561a) เนื่องด้วยสังคมวัฒนธรรมชุมชน และลักษณะครอบครัวในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน และญาติที่ใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งถือเป็นความเชื่อ ความกตัญญูที่มีมาเป็นวัฒนธรรมในการให้ช่วยเหลือดูแลญาติหรือบุคคลในครอบครัวตนเอง ซึ่งพบมาก โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รูปแบบเศรษฐกิจ รายได้ อาชีพ ภาระค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลแบบเป็นทางการได้ จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้นหน่วยงานภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ ได้ผลิตกลุ่มดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสังคมไทยในปัจจุบันสำหรับรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, & บวรศม สีระพันธ์, 2561) แต่ก็พบปัญหาว่าผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงานภาครัฐ ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหรือในชุมชน ส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เน้นการดูแลช่วยเหลือเป็นช่วงเวลาในแต่ละวัน หรือวันเว้นวัน ได้รับค่าตอบแทนค่อนข้างน้อยทำให้ไม่สามารถทำอาชีพประจำมาดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ตลอดทั้งวัน

การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับบางครอบครัว ทำให้ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลแบบเป็นทางการได้ทุกครอบครัว ดังนั้นบุคคลในครอบครัวหรือญาติจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งภาระหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ความคิด ความจำ อาการและพฤติกรรมแสดงของผู้ป่วยตามการดำเนินการของโรค จากกิจกรรมการดูแลดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่อาจพบได้บ่อยเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตลอดเวลา ดูแลตนเองได้น้อยลง หากกรณีญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ดูแลช่วยหรือไม่ได้รับการผลัดเปลี่ยนช่วงเวลาในการดูแล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า หหมดกำลังใจ และเกิดความรู้สึกเป็นภาระซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังผลการศึกษาของ Hacer G. Ugur and Behice Eric (2019) พบว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เครียด สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม และปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเหนื่อยล้าสะสม อ่อนเพลีย และปัญหาทางการเงิน เนื่องด้วยวิถีการดำเนินชีวิตความเชื่อวัฒนธรรมในสังคมไทยที่สืบทอดกันมา แม้ผู้ดูแลจะมีแนวโน้มการเกิดผลกระทบด้านต่างๆ รวมทั้งเกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวยังคงให้การดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้วยความรู้สึกรักและความผูกพันต่อผู้ป่วย โดยการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เสมือนการดูแลบุคคลหนึ่ง

ที่ต้องใช้ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันเกินกว่า 12 ชั่วโมง และผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้น สุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

ภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นความรู้สึกที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ อารมณ์ที่อาจทำให้เกิดความเครียด ความยากลำบาก ตารางงานหรือกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป มีอิสระลดลง และการปรับตัวต่อสภาวะปัญหาที่เผชิญในแต่ละวันของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนมากพบว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองเดือนเป็นต้นไป (อมรา ชูพลสัจย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, & นัตตา แนบเกษร, 2561) รวมทั้งบทบาทหน้าที่การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละโรคย่อมแตกต่างกันไปต่อการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล มีผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 (Azar, Jalil, Maryam, Kelly-Ann, & Seyedeh, 2021) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพเดิมของผู้ดูแลที่มีอยู่ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน สถานภาพของผู้ดูแล ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วย (Aysun & Nesrin, 2019) มีบางปัจจัยจากผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับนิยามของ Zarit (1986) ซึ่งเป็นนักวิจัยอันดับต้นที่ศึกษาเรื่องภาระการดูแลในประเด็นเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลนั้นเกิดจากผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของซาลินี สุวรรณยศ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2561) กล่าวว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น เป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเลย ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลสูง เนื่องจากต้องใช้เวลายาวนานในการดูแลและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง เวลาในการดูแลตนเองน้อยลง ผู้ดูแลมีสุขภาพการเจ็บป่วยทางกาย วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปไม่สามารถหารายได้ประจำได้ บางครอบครัวรับภาระหนักในการเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ดังนั้น ภาระในการดูแลจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และเมื่อผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ขึ้นอยู่กับการปรับตัวและปัจจัยต่อมาคือ ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ดูแล

โดยพฤติกรรมการเผชิญปัญหา Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นวิธีการความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกของบุคคลความพยายามนี้จะเกิดขึ้นต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ได้ว่ามีสิ่งภายนอกมาคุกคามเกินความสามารถที่ตนเองจะรับได้ แต่ละบุคคลจะมีความพยายามทางความคิด

และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นการจัดการต่อปัญหานั้นเป็นกลไกที่แต่ละบุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างปกติ สำหรับกลวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งวิธีการเผชิญออกเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ วิธีการที่หนึ่งการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem focus coping) เป็นการจัดการกับปัญหาโดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดสภาวะเครียด โดยการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา มีความกำหนดปัญหา วางแผนและตั้งเป้าหมายโดยนำประสบการณ์ในอดีตที่เคยมาใช้ประกอบการแก้ปัญหาและหาทางเลือกของปัญหา คำนึงถึงผลดีและผลเสียอย่างดีที่สุด เช่น การวางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา การลงมือแก้ปัญหาโดยตรง หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง และวิธีการที่สองการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotional focus coping) เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมความเครียดทางอารมณ์ บุคคลอาจเกิดความรู้สึก กลัว โกรธ เศร้า คับข้องใจ เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนรู้สึกไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ บุคคลอาจใช้กลไกในการระบายออกทางอารมณ์ มองปัญหาในมุมใหม่ ได้รับความสนับสนุนด้านจิตใจจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง กลวิธีการเผชิญปัญหานั้นจะเป็นกลวิธีการตอบสนองของความคิดและการกระทำของบุคคลที่ประเมินต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อควบคุมจัดการ ต่อสู้ บรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นโดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลง หรือเมื่อผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลก็จะลดลงได้

ทั้งนี้ยังมีการศึกษารูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาของจาโลวิต (1988) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของลาซารัส โดยเสนอแนวคิดการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านประกอบด้วย ด้านที่หนึ่งการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านที่สองการจัดการกับอารมณ์ และด้านที่สามการจัดการกับปัญหาทางอ้อม และมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Michelle et al., 2009) และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Azar et al., 2021) พบว่าเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อการระงับการดูแล โดยผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญปัญหาในมุมมองบวกต่อเหตุการณ์ คือ การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused strategies) ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและการเผชิญปัญหาแบบรักษาระยะห่าง ที่มีความสัมพันธ์ต่อการระงับการดูแล ($r = 0.245, p = 0.010$) ($r = 0.204, p = 0.032$) ตามลำดับ ดังนั้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหา จึงมีความสัมพันธ์ต่อการรับมือต่อสุขภาพทางด้านจิตใจในตัวผู้ดูแล ทั้งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าว ปัจจัยสำคัญต่อมาที่สำคัญคือ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทางด้านร่างกายของผู้ดูแล เช่น อาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้น โรคประจำตัว และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง หรือที่เรียกว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ นั้นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส สามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Denyes, Orem, Bekel, & SozWiss, 2001; Pender, Carolyn, & Mary, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า สุขภาพที่ดีคือการมีดุลยภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม สุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นเป็นเรื่องที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็น อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีโรคประจำตัว การนอนหลับพักผ่อนที่น้อยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อระบบทางร่างกายตามมาได้ บางกรณีพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมในระบบร่างกาย เช่น สายตาการมองเห็น การได้ยินไม่ชัดเจน ระบบขับถ่ายเสื่อมถอย การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆในร่างกาย เป็นต้น (Tough, Brinkhof, & Fekete, 2020; Walker, Schlebusch, & Gaede, 2021)

เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยจากภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่พบได้มากในกลุ่มผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, & พานิช แก่นกาญจน์, 2565) และจากการศึกษาภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 70 (ชนิกานต์ ส่วนนุ, ภูมิ ชมพูนศรี, & จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, 2562) เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางกายไปในทางที่แย่ลงหลังเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 88.46 อาการส่วนใหญ่ที่พบคือ เหนื่อย เมื่อยล้า และอ่อนเพลีย เป็นต้น (ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, & ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

เมื่อได้ศึกษาถึงปัจจัยความรุนแรง หรือความเกี่ยวข้องถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงแล้วนั้น กล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ส่วนมากเกิดจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลจะต้องมีการปรับตัวจากสภาพเดิมของตนเองตามปกติในชีวิตประจำวัน มารับภาระต่างๆ ทั้งการดูแลด้านอาหาร การกิน การขับถ่าย อัจฉาระ การทำความสะอาด การทำแผลกดทับ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงบางคนก็มีทักษะหรือความรู้ที่ชำนาญจากประสบการณ์การดูแลระยะยาว และบางกิจกรรมต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น การใส่สายอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2558) ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมการดูแลดังกล่าวต้องทำเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องทุกวัน ทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลมีผลต่อความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมได้ (อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ, 2561) รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมักเกิดภาวะซึมเศร้าได้

หลายสาเหตุ เช่น ความเปราะบางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกผิดต่อการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ปัญหารายได้ลดลง และความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษาของเชิดชาย ชยวิทย์ (2559) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือด พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.83 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแล ตามลำดับ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Tatijana et al. (2021) ที่พบว่าผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สุขภาพทางด้านร่างกายหรือโรคประจำตัว ความต้องการในการมีผู้ช่วยดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล รวมทั้งผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในสาธารณรัฐมอลตา ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเครียด และภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 46.7 ซึ่งปัจจัยที่ส่งผล คือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (Charles & M., 2018) จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการวิจัยในเรื่องภาวะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค สำหรับความรู้ที่เกิดจากการศึกษาการดูแลของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเกิดจากสาเหตุของโรคหรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันยังมีจำกัด

จากการปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชนขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ในเขตพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือผู้ป่วยแตกต่างกัน ตามอาการการเจ็บป่วยหรือความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงที่สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เช่น บางรายใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ บางรายให้อาหารทางสายยาง บางรายมีแผลกดทับขนาดใหญ่ รวมถึงการดูแลอาบน้ำและกายบริหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลที่หนักและระยะเวลายาวนานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงส่งผลต่อความเหน็ดเหนื่อยของผู้ดูแล เสียสละเวลาตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล อาทิ ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ การที่ตนเองต้องเป็นคนดูแลหลักคนเดียว ไม่มีคนช่วยแบ่งเบาภาระและต้องดูแลเป็นระยะเวลายาว ผู้วิจัยจึงได้เลือกเป็นจังหวัดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นเขตพื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงหรือที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมดจำนวนมากถึง 829 คน จากจำนวนประชากรทั้งจังหวัด 1,124,924 คน คิดเป็นอัตราส่วน 0.1 : 100 คน (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แม้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงแต่ผู้ดูแลยังคงดำเนินบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยความสัมพันธ์ทางครอบครัวหรือความผูกพันตามวัฒนธรรมสังคมไทย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ในขณะที่สถานการณ์สังคมไทยที่มีผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดเตียงจำนวนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิต โดยเฉพาะความซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่ง

ความรู้นี้จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถเผชิญภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

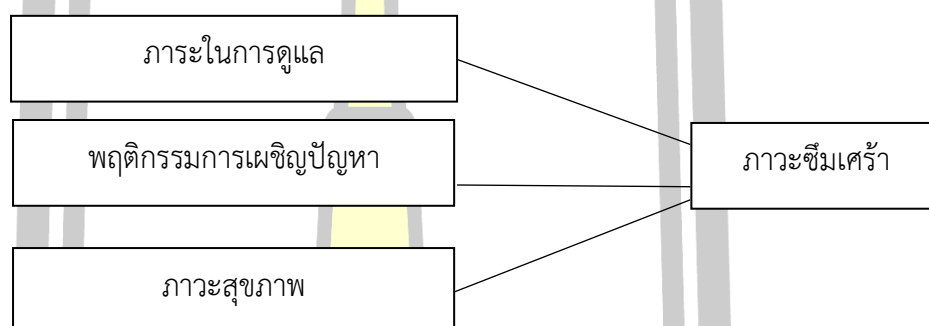
1. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์มาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นพลวัตที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัวหรือสังคม ที่อยู่อาศัย และระยะเวลาในการดูแล เป็นต้น 2) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล กิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายวัน ระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่ และความตึงเครียดภายในจิตใจ 3) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตกัน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล

จากแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ภาระในการดูแล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายที่ดี ไม่มีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ก็ส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ส่งเสริมให้

เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีและมีประสิทธิภาพก็จะทำให้ความรู้สึกดีตึงเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยลดลง โดยมองปัญหาอุปสรรคที่เกิดและปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการปรับสมดุลภายในจิตใจต่อความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือภาระในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลแต่ละบุคคลย่อมมีวิธีการผ่อนคลายหรือเบาสบายที่ต่างกันออกไป จะมีความสอดคล้องต่อผลกระทบที่เกิดทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือสุขภาพจิตของผู้ดูแลนั่นเอง ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย การเผชิญปัญหาและภาระในการดูแลดังกล่าว จึงส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน คัดเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random sampling)

นิยามคำศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาศัยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หลาน หรือญาติของผู้ป่วยติดเตียง ที่ดูแลมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยังคงให้การดูแลต่อเนื่องขณะดำเนินการวิจัยนี้

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์เปราะบางทางด้านการคิด การรับรู้ ความเปราะบางด้านร่างกายหรือพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางด้านลบต่อตนเองต่อโลก และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง เช่น การไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กระวนกระวาย มีการควบคุมตนเองได้น้อยลงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วัดโดยแบบประเมิน Health-Related Self-Reported Scale พัฒนาโดยดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2540)

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้และการแสดงออกถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อเตรียมและ ความยากลำบากของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง วัดโดยแบบประเมิน Zarit Burden Interview ของ Zarit (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุณฐิติ ทูลศิริ และคณะ (2554)

พฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหา หมายถึง เป็นวิธีการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกาย ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ได้ว่ามีสิ่งภายนอกมากุคคาม ซึ่งเป็นกลไกที่แต่ละบุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างปกติ วัดโดยแบบประเมิน Jalowiec Coping Scale ของ Jalowiec (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วย อาการปวดเมื่อยร่างกาย และชั่วโมงการพักผ่อนหลับนอน วัดโดยแบบประเมิน Short Form Health Survey (SF-12) ของ Ware et al (1996)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาซึ่งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตลอดจนทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งบุคคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้าใจปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแล อันเกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยติดเตียง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
3. ภาวะซึมเศร้า
 - 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 3.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 3.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า
 - 3.5 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
4. แนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
 - 5.1 ภาระในการดูแล
 - 5.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา
 - 5.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ การจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นที่จะต้องผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ไม่มากนักน้อย (Handicap, 2015) โดยพบส่วนมากในกลุ่มผู้สูงอายุจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมของร่างกายจึงเพิ่มขึ้น รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย หรือโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุชราภาพ พิการตั้งแต่กำเนิด รวมทั้งพิการด้านต่างๆ จากอุบัติเหตุ เป็นต้น และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิต ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (dementia) และโรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease) ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาโรคเรื้อรังร่วม และโรค

ทางจิตเวช ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคสมองเสื่อม (ก. กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง World Health Organization (2023) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรัง คือ การเป็นโรคไม่ติดต่อ และไม่สามารถแพร่จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงระบบภายในร่างกาย เช่น ค่าความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา และโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด

กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2565) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคไม่ติดต่อ ที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเฉียบพลันและไม่สามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ เกิดจากการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีความเครียด และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวจนอวัยวะภายในร่างกายทำงานผิดปกติ และบกร่องเกิดเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นโรคเรื้อรัง หมายถึงโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพยุงไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหลอดเลือดสมองหรือที่มักเรียกกันทั่วไปว่าโรคอัมพฤกษ์หรือโรคอัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิด ส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูงมาก ที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้สมองส่วนที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือมีก้อนเลือดออกเปียดในสมอง ทำให้สูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย และเกิดอาการดังต่อไปนี้ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด มองเห็นภาพซ้อน มีความผิดปกติของการใช้ภาษา เวียนศีรษะ บ้านหมุน ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก ความจำเสื่อมหรือหลงลืมอย่างทันทีทันใด และซึม หมดสติ หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายลักษณะ บางรายสภาพร่างกายดีขึ้นเองภายใน 24 ชั่วโมง บางรายอาการแยกลงภายใน 1-3 วันแรกจากหลอดเลือดสมองมีการอุดตันมากขึ้นหรือแทรกซ้อนกลายเป็นสภาวะสมองบวมได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีระยะการฟื้นตัว 6 เดือนแรกหลังมีอาการรุนแรง บางรายหากไม่สามารถฟื้นตัวได้ จะถือว่าเป็นผู้ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อยแตกต่างกันไป (ก. กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคสมองเสื่อม (dementia) เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่วนคอร์ติซอล ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำความคิด การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ความสามารถในการเข้าใจ การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ภาษาและการตัดสินใจ ทำให้มีความบกพร่องทางการตระหนักรู้ การ

ควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการเข้าสังคม หรือแรงจูงใจในการเข้าสังคมเปลี่ยนแปลงไป กลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของสมอง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบประมาณร้อยละ 5 โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี และอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากร ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคสมองเสื่อมจะรักษาไม่ได้ เช่น Alzheimer's disease และ Vascular dementia โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนที่ใหญ่ (cerebrum) ที่เกิดขึ้นทั่วไป การดำเนินโรคที่มีความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยมักมีอาการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive function deterioration) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (Personality alterations) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (mood change) และบางครั้งมีอาการทางจิตได้ อาการโรคสมองเสื่อม (dementia) สามารถแบ่งออกตามความรุนแรงเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะแรกหรือระยะที่มีอาการเล็กน้อย ผู้ป่วยมักจะจำเรื่องบางอย่างไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องที่ตนเองได้พูดหรือได้ทำไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะพูดประโยคเดิมซ้ำๆ 2. ระยะที่สองหรือระยะปานกลาง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำในระยะใกล้มากขึ้น มักจำไม่ได้ว่าตนเองได้รับประทานอาหารไปแล้วเมื่อเห็นผู้อื่นมานั่งรับประทานไปแล้ว 3. ระยะที่สามหรือระยะรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น รับประทานอาหารเลอะเทอะ ถ่ายปัสสาวะอุจจาระเรี่ยราด ไม่สามารถบอกความต้องการในการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง บางครั้งจะไม่พูดถ้าพูดก็จะพูดประโยคสั้นๆ ซ้ำๆ (มานอน หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุนคณิษฐ์, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยติดเตียง (Riza & Zm, 2020) เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีประสิทธิภาพต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจำเป็นต้องตระหนักถึงความเสี่ยงต่อสภาพจิตใจและสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ **แผลกดทับ** เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยกับผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้และต้องการการดูแลโดยบุคคลอื่น แผลกดทับเป็นภาวะที่ร้ายแรงเพราะเป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่เกิดจากกระดูกยื่นออกมา การกดทับหรือการถลอก ซึ่งมีระดับการเป็นแผลกดทับ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คือ ผิวหนังแดงและมีบาดแผลหรือรอยถลอก จนถึงระยะรุนแรงคือ มีบาดแผลลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อหรือกระดูกอ่อนถูก ซึ่งการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและให้การดูแลในระยะยาว คือ ต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลโดยทำแผลทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ซึ่งการทำแผลนั้นผู้ดูแลอาจต้องทำให้ผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน จากการเคลื่อนย้ายลำบาก **การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ** การติดเชื้อนี้เป็นหนึ่งในสาเหตุการตายในผู้ป่วยติดเตียงที่มีสภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องได้ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับกระเพาะปัสสาวะติดเชื้อนอกเหนือจากปัจจัยด้านอายุ ได้แก่ การใช้สายสวนปัสสาวะ ปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ โรคเบาหวาน ปัญหาทางนรีเวช การเจริญเติบโตของต่อมลูกหมากโต ภาวะการขาดน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ดี และการติดเชื้ออื่นๆ อาการทั่วไปของระบบทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ได้แก่ ปัสสาวะ

ขุนหรือสีเข้ม ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะบ่อย ปวดหรือแสบร้อน ในระหว่างการขับถ่ายปัสสาวะ รู้สึกปวดในกระดุกเชิงกรานส่วนล่าง มีไข้และเหงื่อออกตอนกลางคืนหรือหนาวสั่น ซึ่งอาการของโรคดังกล่าวเชื่อมโยงกับสภาพตัวบุคคลและการอยู่อาศัยของผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งเสริมต่อการติดเชื้อขึ้น

โรกระบบทางเดินหายใจหรือปอดติดเชื้อ จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยติดเตียงที่นอนเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจติดเชื้อ เสมหะปริมาณมาก บางรายมีอาการสำคัญจากการรับประทานในท่าที่ไม่เหมาะสม การป้องกันหรือการให้การดูแลที่เหมาะสม คือ การยกศีรษะขึ้นขณะตื่นหรือก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่กินมากเกินไปหรือท้องอืดที่ส่งผลต่อการปิดกั้นการหายใจลึก ๆ และกระตุ้นให้หายใจลึก ๆ การเคาะปอด การออกกำลังกาย และการกระตุ้นให้อาการปวดหลัง ผู้ป่วยติดเตียง ถือเป็นผู้ป่วยที่ล้มหมอนนอนเสื่อเป็นเวลานาน ควรกระตุ้นให้เคลื่อนไหวบ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดในบางพื้นที่ การอยู่ในตำแหน่งเดียวเป็นเวลานานยังทำให้เกิดทับกระดูกสันหลังและทำให้ปวดหลัง ผู้ป่วยติดเตียงควรได้รับการจัดท่าบ่อยๆ หรือทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการกดทับที่กระดูกสันหลังเป็นระยะเวลายาวนาน **ภาวะซึมเศร้า** ผู้ป่วยติดเตียงอาจมีอาการซึมเศร้าได้เพราะอาจรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น สูญเสียอิสรภาพ ขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นหรือลดน้อยลง ผู้ป่วยติดเตียงอาจมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากความล้มเหลวในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไม่สามารถจัดการได้ในตนเอง และไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมต่อไปได้ตามปกติ พวกเขาจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ประโยชน์ และเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง สิ่งสำคัญคือการพูดคุยสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันไม่แตกต่าง

ความผิดปกติของการนอนหลับ ความผิดปกติของการนอนหลับเป็นเรื่องปกติเพราะผู้ป่วยติดเตียงอาจมีตารางการนอนไม่สม่ำเสมอ ทำการนอน ข้อจำกัดทางร่างกายที่มีผลต่อความไม่สุขสบายระหว่างการนอนหลับ สามารถช่วยเหลือได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการนอนหลับ เช่น เสียงที่รบกวน แสงไฟปิดสนิทป้องกันการรบกวน อากาศที่โล่งโปร่งสบาย และลักษณะของที่นอน เป็นต้น **ตะคริวที่กล้ามเนื้อ** การนอนบนเตียงเป็นเวลานานอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่อกล้ามเนื้อของผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบ ข้อติด ที่ผู้ป่วยควรได้รับการออกกำลังกายโดยมีผู้ช่วยออกกำลังกายในทุกๆ วัน เพื่อเป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อและลดการสูญเสียของมวลกล้ามเนื้อ

สรุปได้ว่าจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดได้ในผู้ป่วยติดเตียงดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลที่หลากหลายด้านทั้งการดูแลตามอาการของโรค ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอง ถือเป็นภาระดูแลที่ยากลำบาก ใช้ระยะเวลา พลังร่างกายและแรงใจเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของณปภา ประยูรวงษ์ (2565) พบภาวะและปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยติดเตียง 5 อันดับ ได้แก่ 1) ภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยที่นอนติดเตียงอาจมีปัญหากลิ้นลำบาก โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อัลไซเมอร์หรือพาร์กินสัน เมื่อมีปัญหากลิ้นลำบาก มักจะ

สำคัญง่ายหรือไอขณะรับประทานอาหาร อาจทำให้อาหารลงไปไหลตลอดมามีโอกาสทำให้ปอดติดเชื้อหรือเป็นปอดบวมได้ 2) การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น 3) บกพร่องทางเคลื่อนไหว เคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากหลายสาเหตุต่างๆ เช่น อาการปวดตามจุดต่างๆ กล้ามเนื้อน้อยหรืออ่อนแอ ร่างกายอ่อนแอ มีความผิดปกติในระบบประสาท การทรงตัวไม่ดี เจ็บป่วยด้วยโรคปัญหาทางจิตหรือได้รับการรักษาอาการทางจิตบางประเภท 4) ท้องผูก และ 5) นอนไม่หลับที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเอง ซึ่งสภาพผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือมีปัญหาคล้ายคลึงกัน จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บทางสมอง ในเมืองแห่งหนึ่งของประเทศแอฟริกาใต้ (Walker et al., 2021) พบประเด็นปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ ความคิดความจำที่บกพร่อง พฤติกรรมและบุคลิกที่แสดงออกความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น จากประเด็นปัญหาดังกล่าวการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนานๆ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลยเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงมีความบกพร่องต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลให้ช่วยเหลือเกือบตลอดเวลา การดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การรักษาความสะอาด สุขอนามัยทางร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกหลักอนามัย การพลิกตัว การนวดผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณที่จะเกิดแผลกดทับได้ง่าย การพยุงนั่งการฟื้นฟูสภาพทางกาย แขน ขา เพื่อป้องกันความพิการที่อาจรุนแรงขึ้น ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นภาระกับผู้ดูแล ไม่รู้สึกท้อถอย ไม่รู้สึกหมดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องช่วยกันประสานความรักความผูกพันที่มีส่งให้กับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มที่มีข้อจำกัดและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ได้แก่ กลุ่มที่ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนมีแผลกดทับ ให้อาหารทางสายยาง ดูดเสมหะ ให้ออกซิเจนระดับต่ำ ชักถ่ายทางหน้าท้อง ใส่สายสวนปัสสาวะ อารมณ์ไม่คงที่ และกลุ่มระยะประคับประคอง ในการให้การดูแลจัดเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อนและผู้ดูแลผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่ยาวนานในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ตนเอง ตามหลักทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring Theory) (2002) ใช้กระบวนการดูแลด้วยความรัก (clinical caritas process) ถือเป็นกรอบการดูแลและเป็นความเชื่อหลักในการให้การดูแล โดยวัตสันอธิบายว่า การดูแลต้องเชื่อมโยงกับความรัก การดูแลไม่ได้มาจากพฤติกรรมหรือความรู้สึกเพียงเท่านั้นหากแต่เกิดขึ้นมาจากความเป็นมนุษย์คือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้ ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวถูกปรับมาใช้ในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างดี

สำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงในประเทศไทย ได้ใช้การประเมินภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity Daily Living index: ADL) ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อรายบุคคล ด้วยการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกายของผู้ป่วย นำผลการประเมินมาจัดบริการการดูแลตามความจำเป็นทางสุขภาพ และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลทางสังคม การประเมินภาวะพึ่งพิงด้วยแบบประเมินดังกล่าวจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คะแนน ADL \geq 12 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ 3 คะแนน ADL อยู่ ระหว่าง 0-4 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดเตียง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) สรุปได้ว่าผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มมีความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือมีข้อจำกัดในที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ การปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ที่ลดลงจากอาการดังกล่าวของผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้โดยลำพัง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นระยะเวลานานและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลตามมาได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ทูพพลภาพหรือจากการสูงอายุ ซึ่งไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ จำแนกประเภทของผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท (กิริติ กิจธิระวุฒิมิวงษ์ & นิพรา กิจธิระวุฒิมิวงษ์, 2561b) ดังนี้

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแลไม่ได้ค่าตอบแทน ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ

ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยได้รับค่าตอบแทนในการให้การดูแล ซึ่งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้จัดผลิตกลุ่มดูแลผู้ป่วย โดยขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care: LTC) การดูแลของผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวปัจจุบันไม่ได้ดูแลเพียงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่รวมถึงผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากการประเมินภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living index: ADL) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการจึงเกิดขึ้นเพื่อให้อดคล้องกับสภาพปัญหาสังคมไทยในปัจจุบัน

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ด้านร่างกาย ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจ เป็นต้น หรือภาวะอาการที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับถูกรบกวน (sleep disturbance) อ่อนล้า (fatigue) ปวดเมื่อยตามร่างกาย เช่น ปวดหลัง ไหล่ ข้อยึดติด สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย (loss of physical strength) ความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักลด จากการศึกษาของ Haidet et al. (2017) พบว่าผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีปัญหาการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันถึง 13 ชั่วโมง และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บไขสันหลังที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแล เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้สารเสพติดและช่วงเวลาของการผ่อนคลายร่างกาย เป็นต้น (Tough et al., 2020) และการศึกษาของ บุชรา และคณะ (2563) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ระดับปานกลาง

ด้านจิตใจ เป็นสภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้การจัดการในด้านต่างๆ ไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาของ Putri, Sitthimongkol, Wirojratana, and Chansatitporn (2021) พบว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด อ่อนล้า มีความรู้สึกเป็นภาระ และสูญเสียกิจกรรมในการดำเนินชีวิตของตนเองในแต่ละวัน ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของศิรินทิพย์ และคณะ (2565) พบว่าภาวะซึมเศร้าและภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง ($r = -.063, p < .001$) และมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองพบความชุกของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.83 (เชิดชาย ชยวิฑู, 2559) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจในระดับสูงได้ เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มทั่วไป รวมทั้งประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุภาวะด้านจิตใจ คืออาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ไม่คงที่ (Cormio et al., 2014)

ด้านสังคม ผู้ดูแลจะขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่หรือตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทน ต้องการมีกิจกรรมทางศาสนา สังคม วัฒนธรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักต้องการได้รับการดูแลรักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วยขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562)

ด้านการเงิน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานจะต้องออกจากงานประจำ เพื่อทำหน้าที่ดูแลบุพการี ส่งผลให้ตัวผู้ดูแลสูญเสียรายได้และบทบาททางสังคม จากการศึกษาความเพียงพอของรายได้ในกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่าย การเงินที่ไม่สมดุล รวมทั้งการไม่มีเงินเก็บออม (Putri et al., 2021; Watchara, Frank, Katri, & Hannele, 2022)

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่เป็นผู้ดูแลหลักรวมทั้งเป็นสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยความผูกพันทางสายเลือด หรือความกตัญญูทศเวทีย่อมรับบทบาทการดูแลอย่างหนักในทุกๆ ด้าน ของการดูแลไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อตัวผู้ดูแลในรูปแบบที่เกิดขึ้นได้หลากหลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทางด้านการเงิน

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีความซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมการแสดงออกทางอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยมีอาการซึมเศร้าหดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดอัตโนมัติควบคุมไม่ได้มีอาการติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์

World Health Organization (2019) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ อาการซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตที่พบบ่อยโดยมีลักษณะความเศร้าแบบถาวรและการสูญเสียความสนใจในกิจกรรมทั่วไป ซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีหลายอาการ เช่น การสูญเสียพลังงาน การเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร นอนมากหรือน้อย มีความวิตกกังวล ไม่สนใจหรือไม่มีสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ อารมณ์ร้อน มีความรู้สึกไร้ค่า หรือความสิ้นหวังและความคิดของการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต (2562) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความเศร้าหมอง เบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ มองโลกในแง่ร้าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่ และการงานในชีวิตประจำวัน

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์ (2558) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่นาน และไม่มีดีขึ้น จนมีอาการต่าง ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ดวงใจ กษานติกุล และคณะ (Kasantikul et al., 1997) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะทางจิตใจหม่นหมอง เปื่อหม่าย หดหู่ ท้อเหี่ยวใจ มองโลกด้านลบ วิตกกังวล ขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือมีอาการแสดงออกทางกายที่ชัดเจน เช่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื่องซึม และเชื่องช้า เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นสำคัญ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง แสดงออกด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งเสี่ยงต่อการทำร้าย ตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุร่วมกัน สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม ดังนี้

ปัจจัยด้านชีวภาพ

1. พันธุกรรม (genetic) กล่าวคือญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นโรคมกกว่า

บุคคลทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า และในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2-8 เท่า

2. สารสื่อประสาท (neurotransmitter) สาร Norepinephrine Serotonin และ Dopamine ต่ำ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

3. ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system) ได้แก่ 1) การทำงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis ที่เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้า 2) Growth hormone และ 3) Thyroid axis activity

4. ความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormalities)

ปัจจัยด้านจิตสังคม

1. เหตุการณ์ในชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในวัยเด็ก

2. บุคลิกภาพ เช่น มองตนเองหรือมองโลกในแง่ลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น

3. ปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอาจมีการแสดงอาการได้หลายแบบ ทั้งทางด้านอารมณ์ ความนึกคิด ระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ผู้ป่วยมักมาด้วยอารมณ์เศร้า เกรี้ยวง่าย วิตกกังวล หรือรู้สึกไม่มีความสุข อยู่ไม่เป็นสุข การเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น ไม่มีแรง ไม่มีพลังงาน นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ความอยากอาหารเปลี่ยนไป น้ำหนักลดหรือเพิ่มจนผิดปกติ แต่ผู้ป่วยบางส่วนอาจจะแสดงออกทางกายแบบอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้องหรือปวด

ท้องถิ่น บวดยหลัง เป็นต้น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่ามีอาการหลัก 2 อาการ ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR และ DSM-5 ประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (depressed mood)
2. ความสนใจใฝ่ดี และความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (loss of interest or pleasure, anhedonia)

นอกจากนั้นอาการร่วม มี 7 อาการ ประกอบด้วย 1) น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการตั้งใจลดน้ำหนัก 2) นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป 3) จิตใจและการเคลื่อนไหวกระสับกระส่าย หรือเชื่องช้าเกือบทุกวัน 4) อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง 5) รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า 6) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจ และ 7) มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย

นอกจากนั้นผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 5 อาการดังกล่าวข้างต้น โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 1 ข้อใน อาการหลัก อาการไม่สบายนี้จะต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์

ดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจหาภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย (Health Related Self-Reported Scale) ซึ่งพัฒนามาจากการตรวจทางคลินิกเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าทั้งหมด 39 อาการ และเลือกอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้มีอาการซึมเศร้าของคนไทยจำนวน 16 อาการ และอีก 4 อาการจากการรับรู้ของแพทย์ผู้ตรวจประเมินทางคลินิก พร้อมทั้งมีการทบทวนควบคู่ร่วมกับแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Lenore Radloff (1977) โดยมีการศึกษาของอัจฉริยา น้อยทรง, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และโอภาส ไตรตานนท์ (2564) ที่นำเครื่องมือแบบวัดภาวะซึมเศร้าไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .91 และการศึกษาจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ (2558) นำไปวัดภาวะซึมเศร้ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .86 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

การบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า

เป้าหมายของการรักษาภาวะซึมเศร้าคือให้หายขาดจากโรคและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ การเริ่มรักษาแนะนำให้ใช้ยา (pharmacotherapy) ร่วมกับการทำจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งมีหลายการศึกษาพบว่าการใช้การรักษาร่วมกันทั้งสองวิธีได้ผลดีกว่าการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล & สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558)

1. การรักษาโดยการใช้ยา ในปัจจุบันมียาที่ใช้สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าที่หลากหลาย โดยกลุ่มยาที่แนะนำให้ใช้เป็นกลุ่มแรกคือ Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เนื่องจากมีประสิทธิภาพกว่าและผู้ป่วยสามารถทนต่อการใช้ยาได้มากกว่า ส่วนการเลือกใช้ยา กลุ่มอื่นๆต่อมาต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายๆอย่างร่วมกัน กล่าวคือ ผลข้างเคียงของยา โรคประจำตัวของ

ผู้ป่วย ยาอื่น ๆ ที่ใช้ประจำ ความสะดวกในการใช้ยา ราคาของยา การตอบสนองของยาหลังได้รับการรักษา และประวัติครอบครัวหากมีสมาชิกในครอบครัวที่เคยได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยามาก่อน เป็นต้น

2. จิตบำบัด (psychotherapy) การดูแลด้วยจิตบำบัดหลายวิธีแต่จำเป็นต้องทำโดยจิตแพทย์ โดยจิตบำบัดที่มีในปัจจุบัน คือ Cognitive-behavioral therapy (CBT), Problem solving therapy (PST), Psychodynamic psychotherapy, Supportive psychotherapy

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วครวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานต่างๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำการเอาใจใส่ การดูแล ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมาช่วงเช้า รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย มีผลกำลังลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด การดูแล ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากไม่ดีขึ้น ให้รายงานแพทย์

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวันไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ทำเฉยวันๆ หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง การดูแล ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิดและรายงานแพทย์ทันที

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะต้องดูแลญาติของตนที่มีความพิการแล้ว ในแต่ละวันผู้ดูแลเหล่านี้ยังอาจต้องรับผิดชอบภารกิจอื่นๆ อีก ทั้งภายในและภายนอก จนอาจเกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ

ตนเป็นภาระ ภาระในการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งๆ นั้นครอบคลุมทั้งภาระทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการเงิน และด้านสังคม หากต้องประสบกับความรู้สึกมีภาระในการดูแลไปนานๆ ผู้ดูแลอาจรู้สึก ท้อแท้ไม่อยากดูแล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้ในการดูแลอย่างใกล้ชิด กิจกรรมที่ต้องการให้ดูแลและภาวะ สุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยอื่นๆ ตามงานวิจัยที่ได้ศึกษา ดังต่อไปนี้

เชิดชาย ชยวิทย์ (2559) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือด พบ ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.83 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแล ตามลำดับ

ขวัญตา บุญวาศ (2560) ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน มีความเครียดในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ได้แก่ การปรับตัวของคนในครอบครัว ต้องเปลี่ยนแผนการทำงาน การไม่มีเวลาทำอย่างอื่น และผู้ พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตามลำดับ ความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ ได้แก่ ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแล ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องการรายได้หรือเงิน ช่วยเหลือ และต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน

ภาวิณี ลาโยธี (2562) ศึกษาภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการ มองเห็น ประเมินภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลคน พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ว่าตนไม่เป็นภาระและไม่จัดว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า

อมรา ชูพลสัจย์ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระใน การดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 73.32 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .628, p < .05$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = -.223, p < .05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .135, p < .05$)

Yossie Susanyi Eka Putri (2021) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อม ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.8 ปัจจัยที่สามารถทำนาย อาการซึมเศร้าได้ ที่ร้อยละ 45.5 ได้แก่ ภาระของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแล ระดับความรุนแรง ของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม

มณีรัตน์ ชาวบล และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพืงพืง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.72

ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบวก และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.1 ซึ่งปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล สามารถร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 45

บุษรา หิรัญสาโรจน์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบุตร ไม่มีโรคร่วม ภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลค่อนข้างไป ทางด้านสูง และมีภาวะซึมเศร้าน้อย โดยความพร้อมในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถ ร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.4 (Adjust $R^2 = 0.354$, $F = 9.277$, $p = 0.000$) แต่ระดับภาวะสมองเสื่อม โรคร่วมของผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม โรคร่วมของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

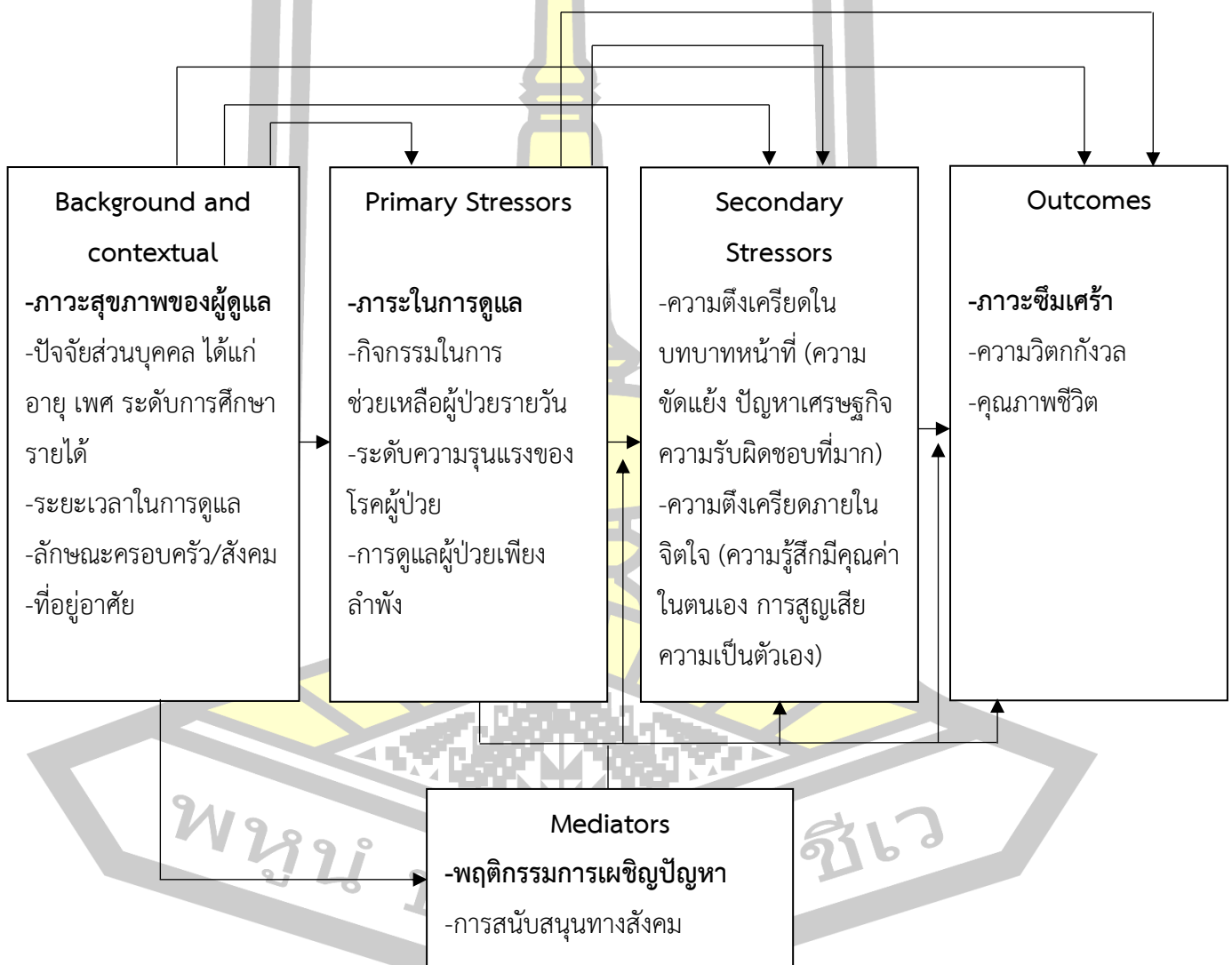
วิลาสินี พิศณุ and ธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็น ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี และเป็น มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 28.6) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.7 ปี ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.9 และมีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 23.0

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแล ส่วนใหญ่พบในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้มี ภาวะพึ่งพิง ถือว่าเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้น หากผู้ดูแลไม่ได้รับ การดูแลอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจและประเด็น สำคัญ คือภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้น

แนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์มาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลที่ เกิดขึ้นจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นพลวัตรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะของครอบครัวหรือสังคม ที่อยู่ อาศัย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงหรือระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น 2) สิ่งที ก่อให้เกิดความเครียด แบ่งเป็น 2 ระดับ สิ่งก่อความเครียดระดับปฐมภูมิ เช่น ภาระในการดูแล กิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายวัน ระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง และสิ่งก่อความเครียดระดับทุติยภูมิ ได้แก่ ความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่ และความตึงเครียดใน จิตใจ 3) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด เช่น พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทาง

สังคม เป็นต้น 4) ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต โดยภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยหลายตัวที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เป็นผลจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะของครอบครัว เป็นต้น ล้วนส่งผลก่อให้เกิดความเครียดทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ (ภาวะในการดูแล ระดับความรุนแรงของโรค) หากบุคคลมีตัวแปรคั่นกลางที่จะช่วยลดความรุนแรงของตัวกระตุ้นได้ ก็จะส่งผลให้ปัจจัยกระตุ้นความเครียดลดลง และส่งผลลัพธ์ที่ดี คือ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlman

(Pearlman's stress process model) (1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำกรอบแนวคิดกระบวนการเผชิญความเครียดของ Pearlin มาใช้ในการศึกษา ซึ่งมีความหลากหลายต่อการนำไปใช้ทั้งในการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนี้ การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ประเทศแอฟริกา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ สถานภาพ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ภาระในการดูแลและพฤติกรรม การเผชิญปัญหา (Michelle et al., 2009) คล้ายคลึงกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายความซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมารับการรักษา ณ คลินิกความจำ 3 แห่งในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลส่งผลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและการพึ่งพาในชีวิตประจำวันส่งผลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าผ่าน ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Pasitta et al., 2013) และการศึกษาของอมรา ชูพลสัตย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73.32 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาระในการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.628$, $r = -0.223$ $p < .05$) ตามลำดับ รวมทั้งการศึกษาในแง่มุมความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาคินสันพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.251$, $p < 0.05$) (ลินจง โปธิบาล และคณะ, 2562)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ภาระในการดูแล

การที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานเศรษฐกิจซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) ตามแนวคิดภาระการดูแลของ Zarit แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้แก่

1. ภาระปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการงานหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน
2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาระการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit et al., 1986) โดยผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนแรกถึง 5 ปี (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2559) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนานๆ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้น ส่งผลให้เกิดการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับ ในลักษณะคุณภาพการนอนหลับต่ำจากการถูกรบกวนให้ตื่นในช่วงเวลาพักผ่อน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็น

ระยะ ส่งผลให้ระยะเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Panawat, Nujjaree, & Pornpat, 2022) การนอน ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น ผู้ดูแลมีความลำบากใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย รู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจึงมีผลด้านจิตใจของผู้ดูแล และการรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Azar et al., 2021) จำนวน 110 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 และส่วนมากใช้การเผชิญปัญหาแบบสังคมสนับสนุน (social support) ช่วยลดภาระในการดูแลประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาที่ไม่มีผลต่อการลดภาระในการดูแล คือ การเผชิญปัญหาแบบอารมณ์ (emotional-focused strategy) ซึ่งภาระในการดูแลมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สุขภาพทางด้านร่างกายหรือโรคประจำตัว ความต้องการในการมีผู้ช่วยดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Tatijana et al., 2021) อีกทั้งผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาระในการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 60 คน ในสาธารณรัฐมอลตา ของ Charles.(2018) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเครียด และภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ร้อยละ 46.7 สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมทั้งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาระในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล คือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และจากการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในประเทศตุรกี จำนวน 312 คน พบผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพเดิมของผู้ดูแลที่มีอยู่ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน สถานภาพของผู้ดูแล ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วย (Aysun & Nesrin, 2019)

ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบระดับภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 29.64, SD = 12.20$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 8 ชั่วโมง ($r = .378, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.603, p < .001$)

ชนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วย มีอายุเฉลี่ย 56.45 ปี มีภาระ

ในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 45.5 ใช้ระยะเวลาดูแลมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาอยู่ในช่วง 2-5 ปี ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี

กัญญาณัฐ สุภาพร (2563) ศึกษาภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่หนักหน่วง ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจึงเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวเอง ผู้ดูแลหลักจึงขาดการดูแลทางสุขภาพจิตของตนเองอย่างเหมาะสม หน้าที่ของผู้ดูแลดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา การให้การพยาบาลผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกภาระในการดูแลจึงควรดูแล การจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักคือ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 2) การจัดการความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ในผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความเครียด โดยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลหลักและสนับสนุนให้ระบายความรู้สึก ได้แก่ อารมณ์โกรธ รู้สึกผิด คับข้องใจและอารมณ์อื่นๆ รวมทั้งการให้กำลังใจเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดี ภาระในการดูแล และปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่บ้านในทุกๆ ด้าน

บุญญา อินไทย (2564) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลร้อยละ 80.15 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็น ภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 8.87 เท่า (95% CI = 1.32-59.52, $p = 0.02$) และอีกปัจจัยที่เข้าใกล้การมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การที่ผู้ป่วยที่ติดเตียง ด้วยสาเหตุจากโรคทางระบบประสาทและสมอง สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 5.21 เท่า (95% CI = 0.94-28.78, $p = 0.05$) สรุปได้ว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคทางระบบประสาทและสมอง

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้อื่นส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระต่อผู้ดูแลได้ โดยผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบว่าผู้ดูแลขาดความใส่ใจหรือความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดได้ (Watchara et al., 2022) รวมทั้งการศึกษาระยะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบภาระในการดูแลของผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่พบถึงร้อยละ 73.32 นั้น (อมรา ชูพลสิทธิ์ และคณะ, 2561)

พฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหา

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นความรู้สึกรู้สึกคิดและการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ของผู้ดูแลในการบรรเทาปัญหา โดยใช้กระบวนการคิด การรับรู้ระดับปัญหาและอุปสรรค ในการหาเหตุผลที่เหมาะสม เพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเอง จากเหตุการณ์ความเครียด เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุลแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem focused Coping) คล้ายการแก้ปัญหา โดยหลักการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การกำหนดขอบเขตปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี เลือกวิธีที่เหมาะสม และลงมือกระทำ ซึ่งอาจเป็นการจัดการที่ตัวปัญหาด้านเหตุ แก่ที่ตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม ผู้คน สถานที่ ปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การหาแหล่งช่วยเหลือหลากหลายทาง เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน เรียนรู้และทำสิ่งใหม่ ๆ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ เป็นต้น

2. การเผชิญปัญหาแบบจัดการอารมณ์ (emotional focused Coping) เป็นลักษณะการเผชิญความเครียดโดยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่แตกต่างที่มุ่งเน้นไปที่การลดอารมณ์ อากาหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การถอยห่างจากเหตุการณ์ (distancing) การมองสิ่งใหม่ที่ดี (positive comparisons) การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น หรือวิธีการจัดการอารมณ์วิธีอื่นๆ เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย ทำงานอดิเรกที่ชอบ และการระบายความโกรธ เป็นต้น

หากเมื่อตัวบุคคลมีการเผชิญปัญหา หรือปรับตัวได้ ส่งผลให้การดำรงชีวิตอยู่ในด้านต่าง ๆ ของชีวิตมีความสมดุลขึ้น ได้แก่ **ด้านหน้าที่ทางสังคม** เมื่อบุคคลมีการปรับตัวที่ดีจะสามารถแสดงบทบาททางสังคมและสัมพันธ์ภาพได้ปกติ แม้ขณะกำลังเผชิญปัญหาหรือความเครียดอยู่ก็ตาม เช่น ไม่มีการหลีกเลี่ยงจากสังคม ไม่ก้าวร้าว และยังคงเป็นที่ยอมรับของสังคม **ด้านกำลังใจ** เป็นการแสดงออกหรือผลลัพธ์ทางอารมณ์เมื่อบุคคลมีการจัดการปัญหาได้ จะสามารถมีพลังใจในตนเองและลดอารมณ์ความตึงเครียดที่เกิดได้ง่าย และ**ด้านภาวะสุขภาพ** เป็นส่วนสำคัญต่อบุคคลที่จะประกอบด้วยสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพดี ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อากาปวดศีรษะ เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล และอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น

พฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาตามแนวคิดของจาโลวีก (A Jalowiec, 1988) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่สอดคล้องกับแนวคิดของลาซาลัส และโฟล์คแมน โดยแบ่งกลวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมกับการเผชิญความเครียด ในกลุ่มผู้ป่วย

โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นความพยายามที่จัดการกับปัญหาโดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด มักใช้เมื่อประเมินแล้วว่าสามารถจัดการให้ความเครียดบรรเทาลงได้ โดยมีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา มีการกำหนดปัญหา วางแผนและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา อาจนำประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้มาประกอบการพิจารณาแก้ปัญหา ค้นหาทางเลือกที่หลากหลายวิธี โดยคำนึงผลดีและผลเสียของทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด และเลือกใช้ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งแก้ไขปัญหานั้น

2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นความพยายามของบุคคลที่จะควบคุมความเครียดหรือความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการนี้มักจะใช้ในสถานการณ์ที่บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขได้ด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา จึงใช้การจัดการกับอารมณ์เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกเพื่อรักษาสมดุลภายในจิตใจของตนเอง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ไขปัญหาทางอ้อม เลือกเปลี่ยนมุมมองการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหายังคงดำเนินอยู่

ทั้งนี้ จาโลวิก กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดนั้น ไม่มีวิธีใดที่ดีกว่า จะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละบุคคลตลอดจนสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ อาจเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา มากกว่าหนึ่งวิธีในเวลาหรือสถานการณ์เดียวกัน หรือเมื่อเผชิญปัญหาในเวลาและสถานการณ์ที่ต่างกับบุคคลก็อาจจะมีการเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน บุคคลที่เผชิญปัญหาได้ดีนั้น จะต้องสามารถประเมินสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่เผชิญอยู่ และเลือกใช้วิธีการหรือแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Azar et al., 2021) จำนวน 110 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 โดยผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญปัญหาในมุมมองบวกต่อเหตุการณ์ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อภาระในการดูแล คือ การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused strategies) ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและการเผชิญปัญหาแบบบริภาษระยะห่าง ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาระในการดูแล ($r = 0.245, p = 0.010$) ($r = 0.204, p = 0.032$) ตามลำดับ และมีการศึกษาในประเทศแอฟริกาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดีมีผลต่อระดับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Michelle et al., 2009) รวมทั้งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาระในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล คือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน จากการศึกษาหาความสัมพันธ์

ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 60 คน ในสาธารณรัฐมอลตา (Charles & M., 2018) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในคลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดที่ลดลง แต่วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียด (ลินจง โปธิบาล et al., 2562)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญเกี่ยวกับการดำเนินการของโรคที่ป่วยของผู้ป่วย เผชิญความคิด อารมณ์ระหว่างตัวตนเองหรือระหว่างตัวผู้ป่วย และการปฏิบัติการให้การดูแลตลอดเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจเรียกได้ว่าผู้ดูแลยอมเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ และต้องจัดการหรือปรับตัวเพื่อให้ตนเองยังคงสมดุลในด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพ หมายถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส สามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Denyes et al., 2001; Pender et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า สุขภาพที่ดีคือการมีดุลยภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม สุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นเป็นเรื่องที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็นอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีโรคประจำตัว การนอนหลับพักผ่อนที่น้อยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อระบบทางร่างกายตามมาได้ บางกรณีพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมในระบบร่างกาย เช่น สายตากรมมองเห็น การได้ยินไม่ชัดเจน ระบบขับถ่ายเสื่อมถอย การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในร่างกาย เป็นต้น (Handicap, 2015) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยประกอบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพทางจิต โดยเฉพาะไปที่ภาวะซึมเศร้าที่พบได้มากในกลุ่มผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่ง ผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยปัจจัยเรื่องภาวะสุขภาพนั้น มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความจำเป็นต้องให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแล มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีภาวะเครียด

ที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความต้องการส่วนมากที่ผู้ดูแลต้องการ ได้แก่ ข้อมูลการดูแลเรื่อง ผิวน้ำของผู้ป่วย ต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องการได้รับการดูแลรักษาเมื่อตัวเองเจ็บป่วย ต้องการได้รับอภัยจากผู้ป่วย ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทนได้ ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย และต้องการมีเวลาพักผ่อน (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562) และจากการศึกษาภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแล ผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินคะแนนสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อน การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เป็นต้น (ณัชศุภา หลงผาสุข และคณะ, 2561)

สุรียา พองเกิด (2562) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุติดเตียง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีปัญหาภาวะสุขภาพ 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรค เดิมกำเริบ และด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ประสบการณ์วิธีการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ หายามารับประทาน นอนพักผ่อน ทำกายบริหาร ยืดเหยียด นวดด้วยตนเอง และรับประทานอาหาร เสริม ด้านจิตใจ ได้แก่ คิดบวก เข้าวัดทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ใส่บาตร ออกไปหา เพื่อนเพื่อผ่อนคลาย เมื่อมีการปะทะอารมณ์กันก็จะเดินหนี และหาคนมาดูแลแทนสักระยะ และ ประเด็นความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน ต้องการคนมารับฟังความรู้สึก ต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการคนมาเยี่ยม ไม่ทอดทิ้งกัน

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพบ่งบอกถึงตัวบุคคลบุคคลหนึ่งที่มีลักษณะอย่างไร โดยเฉพาะภาวะ สุขภาพทางด้านร่างกาย ที่เป็นพื้นฐานของบุคคลในการที่จะมีชีวิตให้สมดุล ความสามารถที่จะมีการใช้ ชีวิตประจำวัน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องใช้ทั้ง แรงกาย แรงใจ ที่เป็นองค์ประกอบในตัวบุคคล ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมี ความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับกรอบแนวคิดกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล และพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพ ทางด้านร่างกายที่ดี ไม่มีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีหรือมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อการเกิดความรู้สึก

ตั้งเครือข่ายสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ลดลง โดยมองปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในมุมมองบวกและปรับเปลี่ยนแนวทางวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลภายในจิตใจของผู้ดูแลต่อความรู้สึกเหนื่อย ล้าหรือภาระในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลแต่ละบุคคลย่อมมีวิธีการผ่อนคลายหรือทักษะการเผชิญปัญหา การปรับสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต่างกันออกไป จากปัจจัยดังกล่าวเป็นความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพด้านจิตใจและด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าที่พบจำนวนมากในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ดังนั้นผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาระในการดูแล



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน คัดเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ดูแลหลักเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและยังคงดูแลต่อเนื่องขณะดำเนินการวิจัยนี้
2. ฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

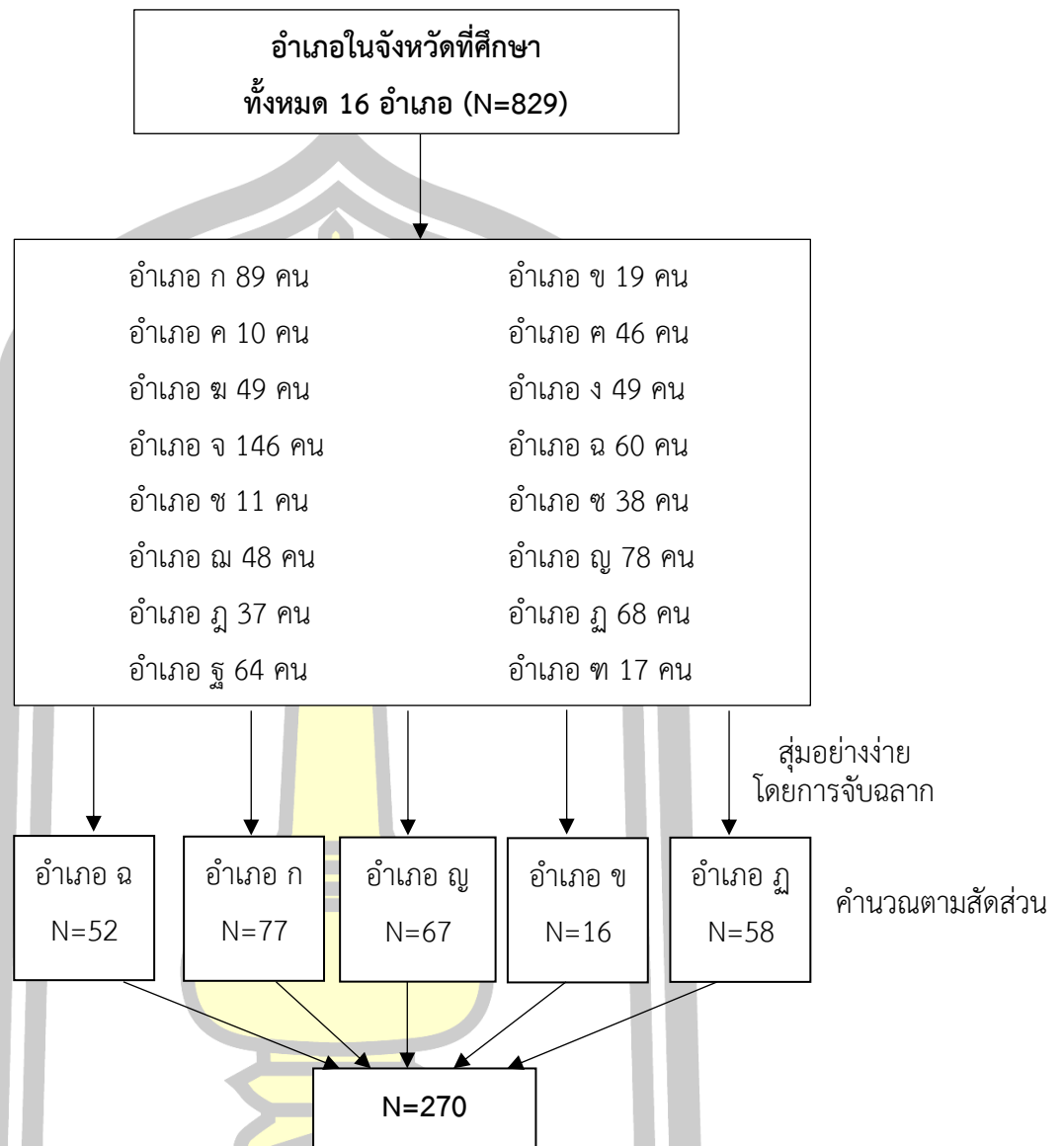
1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในทุกกรณี
2. หยุดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. ขอลอนตัวออกจากการศึกษาด้วยปัญหาสุขภาพ หรืออื่น ๆ

การดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

ประชากรที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด 829 คน (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และกำหนดความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ .05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน และผู้วิจัยไม่ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เหลือทดแทน จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

2. วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งมีขั้นตอน คือ จับฉลากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมด 16 อำเภอ มาเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 อำเภอ แล้วจับฉลากสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่คำนวณได้ จนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก ผู้วิจัยจะจับฉลากรายชื่อที่เหลือให้ได้ตามจำนวนที่ถูกคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล แบบประเมินภาระในการดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน การได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก Jalowiec Coping Scale (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2,5,10,11,15,16,17, 22,28,29,31,32 และ 34 ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,4,6,9,13,19,21,23 และ 24 และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,7,8,12,14,18,20,25,26,27,30,33,35 และ 3 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- 1 คะแนน ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด
- 2 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆครั้ง
- 3 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง
- 4 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดทุกครั้ง

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่ามีความประพฤติการเผชิญปัญหาที่ดี ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนรายด้านประกอบด้วย

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 13 - 65 คะแนน
ด้านการจัดการกับอารมณ์	คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 9 - 45 คะแนน
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 14 - 70 คะแนน

ใช้การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์รายด้านทั้ง 3 ด้าน เนื่องจากคำถามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน โดยนำคะแนนดิบรายด้านแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามของแต่ละด้าน ได้เป็นค่าเฉลี่ยรายด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยรายด้านแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน ได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบ่งบอกถึง สัดส่วนการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 คะแนนสัมพัทธ์ของด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมากกว่า หากคะแนนสัมพัทธ์รายด้านเท่ากัน หมายถึง มีการใช้การเผชิญความเครียดหลายด้านร่วมกันในสัดส่วนเท่าๆ กัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดย Zarit (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) เพื่อใช้ประเมินภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- 4 คะแนน ประจำ
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง
- 2 คะแนน บางครั้ง
- 1 คะแนน นานๆ ครั้ง
- 0 คะแนน ไม่เคยเลย

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0-88 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้ดังนี้

- 0- 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาระในการดูแล
- 21- 40 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง
- 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงมาก
- 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Health-Related Self-Reported Scale: HRSR) ซึ่งพัฒนาโดย ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (1997) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 17 ข้อ และด้านบวก 3 ข้อ เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- บ่อย ๆ 3 คะแนน
- ค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน
- บางครั้ง 1 คะแนน
- ไม่เคยเลย 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Short Form Health Survey: SF-12) ฉบับภาษาไทยพัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Michelle et al., 2009) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เพื่อใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง แบ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อที่ 1,2,3,4,5 และข้อที่ 8 โดยข้อที่ 2 และ 3 มีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน คะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

3 คะแนน ไม่เคยเลย

2 คะแนน เล็กน้อย

1 คะแนน มากที่สุด

ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อที่ 6,7,9,10,11 และข้อที่ 12 ซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนนในแต่ละข้อ ทำคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

5 คะแนน ไม่เคยเลย

4 คะแนน บางครั้ง

3 คะแนน ค่อนข้างบ่อย

2 คะแนน บ่อย ๆ

1 คะแนน ตลอดเวลา

การแปลผลคะแนน นำคะแนนดิบที่ได้ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน มาแปลงค่าคะแนนให้มีค่าตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน โดยใช้สูตร $(100/\text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้ดังนี้

0- 49 คะแนน หมายถึง รับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50- 100 คะแนน หมายถึง รับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการวิจัย จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงตรงของเครื่องมือ แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ใช้

เกณฑ์ค่าที่ยอมรับ คือ .80 ขึ้นไป (Curtis & Keeler, 2021) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของกรอบบาค
ดังนี้

แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเท่ากับ 0.93

แบบประเมินภาระในการดูแลเท่ากับ 0.94

แบบประเมินภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.91

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจน
ปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกันดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริยธรรม รหัส 155-075/2565
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปเสนอต่อ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ สร้างสัมพันธภาพ
รายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย การตอบแบบสอบถามการวิจัย
และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะ
เก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจหรือถอน
ตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะทางอารมณ์ที่รุนแรง
ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล และจะรายงาน
หน่วยบริการสุขภาพในเขตพื้นที่นั้นๆ ทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ในบริเวณบ้าน
ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพื้นที่เป็นสัดส่วน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึง
ตัวบุคคลได้ และผู้วิจัยเก็บเอกสารไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกจนกว่าจะเผยแพร่ผลงานเรียบร้อยแล้วอย่างน้อย 1
ปี ก่อนที่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปทำลาย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอรับการพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ภายหลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย และหนังสือรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอทั้ง 5 อำเภอที่สุ่มได้ เพื่อแนะนำตัวร่วมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอ เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
5. ขณะเข้าเยี่ยมบ้านผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ
6. หากผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยก่อนการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงหรือเน้นย้ำให้ผู้ดูแลทราบว่า เป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
7. ในรายที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ดูแลตอบโดยบันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบไว้ในแบบสอบถาม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา
8. กรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือมีเกณฑ์การคัดออกระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไปทดแทนตามจำนวนที่ถูกคัดออก

9. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและมอบของตอบแทน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 270 ราย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา การระการดูแล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) เป็น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ค่าระดับความสัมพันธ์ (Bartz, 1999 อ้างใน สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2565) ดังนี้
 - .81 - 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
 - .61 - .80 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
 - .41 - .60 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
 - .21 - .40 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พหุบัณฑิต โท ชีเว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation research design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในเขตอำเภอ 5 อำเภอ ในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ.2565 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือ 55.2 ปี (SD = 11.9) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 78.2 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือเกษตรกรร้อยละ 39.6 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 ซึ่งมีสภาพเศรษฐกิจที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.8 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.7 ลักษณะการอยู่อาศัย อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน คิดเป็นร้อยละ 38.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 64.1 เป็นบุตร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี ร้อยละ 52.2 (SD = 2.3) และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 14.1 ชั่วโมง (SD = 4.1) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=270)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	27.4
หญิง	196	72.6
อายุ (ปี) M = 55.2 , SD = 11.9 , Min = 18, Max = 91		
น้อยกว่า 20 ปี	3	1.1
20-29	4	1.5
30-39	14	5.1
40-49	43	15.9
50-59	109	40.4
60-69	70	26.0
70 ปีขึ้นไป	27	10.0
สถานภาพสมรส		
โสด	37	13.7
คู่/สมรส	211	78.2
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	5.9
หม้าย	6	2.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	4.8
ประถมศึกษา	135	50.0
มัธยมศึกษา	65	24.1
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	34	12.6
ปริญญาตรี	20	7.4
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.1
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	81	30.0
เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่	107	39.6
ค้าขาย	40	14.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	28	10.4
รับราชการ	12	4.4
เกษียณอายุ	1	0.4
อื่น ๆ (นักเรียน นักศึกษา)	1	0.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	218	80.7
มี	52	19.3
สภาพเศรษฐกิจ		
เพียงพอ	148	54.8
ไม่เพียงพอ	122	45.2
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	25	9.3
อยู่กับคู่สมรส	97	35.9
อยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน	103	38.1
อยู่กับบุตร	9	3.3
อยู่กับหลาน	5	1.9
อยู่กับพี่/น้อง	27	10.0
อื่น ๆ (บิดา มารดา)	4	1.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่ชีวิต	51	18.9
บิดา/มารดา	11	4.1
บุตร	173	64.1
หลาน	9	3.3
พี่/น้อง	21	7.8
อื่น ๆ (ย่า ยาย)	5	1.8
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) M = 2.3, SD = 2.3, Min = 0.5, Max = 14		
6 เดือน - 1 ปี	141	52.2
2-3 ปี	79	29.3
4-6 ปี	31	11.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7-10 ปี	16	5.9
11 ปีขึ้นไป	3	1.1
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) $M = 14.1$, $SD = 4.1$, $Min = 6$, $Max = 24$		

ผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7 อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คือ 74.8 ปี ($SD = 17.0$) เป็นหม้ายร้อยละ 51.5 ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีทั้งโรคทางกาย โรคทางจิตและชราภาพ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=270)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	109	40.4
หญิง	161	59.6
อายุ (ปี) $M = 74.8$, $SD = 17.0$, $Min = 8$, $Max = 102$		
น้อยกว่า 20 ปี	6	2.2
20-29	3	1.1
30-39	10	3.7
40-49	43	16.0
50-59	12	4.4
60-69	32	11.9
70 ปีขึ้นไป	164	60.7
สถานภาพสมรส		
โสด	23	8.5
คู่/สมรส	94	34.8
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	5.2
หม้าย	139	51.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคหลอดเลือดสมอง	85	31.5
โรคทางกาย (โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน)	98	36.3
โรคทางจิต (โรคสมองเสื่อม)	18	6.7
โรคทางกายและโรคทางจิต	5	1.8
พิการตั้งแต่กำเนิด/พิการสายตา/ชราภาพ	64	23.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนภาพรวมเฉลี่ย เท่ากับ 118.05 (SD = 10.29) เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์รายด้านของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาพบว่า สัดส่วนคะแนนสัมพัทธ์ด้านที่สูงที่สุด คือด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (M = .39, SD = .02) รองลงมาคือด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (M = .34, SD = .03) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (M = .27, SD = .03) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนสัมพัทธ์ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหารายด้านและโดยรวม (N=270)

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	Range		คะแนนจริง		คะแนนสัมพัทธ์	
	Possible	Actual	Mean	SD	Mean	SD
โดยรวม	36-180	94-140	118.05	10.29		
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	26-60	42.76	6.38	.34	.03
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	11-36	23.28	3.69	.27	.03
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	14-70	38-64	52.01	4.19	.39	.02

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5 อันดับสูงสุด คือ เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น (M = 4.99) รองลงมาคือ มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด (M = 4.97) ปลอบใจให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (M = 4.96) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (M = 4.40) และยอมรับปัญหาคิดว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้ (M =

4.31) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ตำนานคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (M = 1.50) รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเผชิญ
ปัญหารายข้อ (N=270)**

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา	Mean	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	3.29	.49
2. ลดความเครียดโดยการออกกำลังกาย	2.30	1.14
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์	3.53	.94
10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	3.26	1.19
11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	4.04	1.21
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม	3.27	1.11
16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	3.19	1.05
17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	4.10	1.43
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	1.97	1.03
28. พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น	3.34	.89
29. ลองแก้ไขปัญหามากๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.40	.89
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.52	.85
32. พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วน ๆ	3.39	.91
34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	3.46	.97
ด้านการจัดการกับอารมณ์	2.59	.41
1. กังวลใจ	3.12	.83
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้	4.31	1.04
6. การกิน การสูบ การขบเคี้ยว	2.26	.99
9. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย	2.52	1.44
13. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ	2.30	1.03
19. กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	2.09	.94
21. ตำนานคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	1.50	.84
23. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ	3.07	.26

แบบประเมินพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหา	Mean	SD
24. แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง	2.12	.94
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	3.72	.30
3. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น	3.55	.95
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน	3.59	1.07
8. ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาคือควบคุมสถานการณ์	2.67	1.41
12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้	3.67	.85
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	4.40	1.09
18. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ	3.54	1.10
20. ถอยหนีจากสถานการณ์	2.22	1.08
25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	2.47	1.11
26. อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.99	1.01
27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	4.26	.97
30. ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตา	4.96	.31
33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น	4.99	.09
35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	3.73	.89
36. มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	4.97	.35
(คะแนนเต็ม 180 คะแนน) รวม	3.28	.29

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากผลการศึกษาข้อมูลด้านการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระหรือไม่เป็นภาระพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยรวมรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.41$, $SD = 10.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านรู้สึกว่ามีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย ($M = 2.12$) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ($M = 1.91$) และโดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน ($M = 1.77$) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง ($M = 0.57$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาระในการดูแล (N=270)

แบบประเมินภาระในการดูแล	Mean	SD
1. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	1.30	.82
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตนเอง	1.51	.99
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	1.40	1.00
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	1.03	.86
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	.95	.84
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	.57	.77
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน	1.43	1.10
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน	1.55	.94
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	1.10	.80
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	1.91	.70
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	.91	.88
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากดูแลผู้ป่วย	.86	.81
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	.75	.80
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เหมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้น	.82	.96
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	1.17	1.06
16. ท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน	.89	.87
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	1.69	.52
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน	.87	.96
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	2.12	.90
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	1.45	.74
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้	1.36	.99
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน	1.77	.52
(คะแนนเต็ม 88 คะแนน) รวม	1.25	.47

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาวะสุขภาพดี ($M = 63.94$, $SD = 7.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น ($M = 3.05$) รองลงมาคือ ทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ โดยปราศจากความระมัดระวังฯ ($M = 3.02$) และรู้สึกเศร้า หดหู่ ($M = 2.97$) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ ($M = 1.16$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาวะสุขภาพ (N=270)

แบบประเมินภาวะสุขภาพ	Mean	SD
1. สุขภาพโดยทั่วไป	2.53	0.83
2. สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในแต่ละวัน เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด	1.28	0.50
3. สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเดินทางขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน	1.41	0.52
4. จากปัญหาสุขภาพ ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ	2.80	0.67
5. ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น	3.05	0.79
6. จากปัญหาทางอารมณ์ ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ	2.83	0.90
7. ทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ โดยปราศจากความระมัดระวังฯ	3.02	0.87
8. ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ	1.16	0.75
9. รู้สึกใจสงบนิ่ง มีสมาธิ	1.99	0.90
10. รู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น	2.31	0.86
11. รู้สึกเศร้า หดหู่	2.97	0.61
12. ปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคขัดขวางการทำงานกิจกรรมทางสังคม	2.81	0.76
(คะแนนเต็ม 100 คะแนน) รวม	3.35	.29

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 98.15 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 2-27 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 10.81 ($SD = 4.69$) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (N=270)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน)	265	98.15
มีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 25 คะแนน)	5	1.85
Mean = 10.81, SD = 4.69, Min = 2, Max = 27		

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกคือ รู้สึกตัวเองมีคุณค่า (M = 1.53) รองลงมาคือ ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย (M = 1.41) รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (M = 1.34) รู้สึกสบายใจ (M = 1.26) และคิดมาก กังวล (M = .97) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ คิดอยากตาย (M = 0.03) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (N=270)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	Mean	SD
1. รู้สึกเบื่ออาหาร	0.51	.61
2. นอนไม่หลับหรือต้องให้ยาช่วยให้หลับ	0.67	.75
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	1.34	.77
4. คิดมาก กังวล	.97	.69
5. รู้สึกสบายใจ	1.26	.69
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	0.30	.50
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	0.25	.47
8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร	0.36	.52
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	0.46	.61
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย	1.41	.78
11. ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้	0.36	.53
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	0.19	.41
13. ชีวิตไม่มีความสุข	0.43	.62
14. รู้สึกซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	0.20	.44
15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า	1.53	.71
16. ต่ำหนหรือกลัวโทษตัวเอง	0.19	.42

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	Mean	SD
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่างแม้ในสิ่งที่เคยชอบ	0.27	.46
18. คิดอยากตาย	0.03	.23
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ	0.04	.20
20. พยายามฆ่าตัวตาย	0.04	.36
(คะแนนเต็ม 60 คะแนน) รวม	.54	.23

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวม

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 94-140 คะแนน ($M = 118.05$, $SD = 10.29$) มีสัดส่วนคะแนนสัมพันธ์รายด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

ภาวะในการดูแล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-51 คะแนน ($M = 27.41$, $SD = 10.28$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะในการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38-79 คะแนน ($M = 63.94$, $SD = 7.95$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงหรือมีภาวะสุขภาพดี

ภาวะซึมเศร้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2-27 คะแนน ($M = 10.81$, $SD = 4.69$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ระดับภาวะในการดูแล ระดับภาวะสุขภาพ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยรวม (N=270)

ตัวแปร	Range		Mean	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	36-180	94-140	118.05	10.29	-
ภาวะในการดูแล	0-88	9-51	27.41	10.28	น้อยถึงปานกลาง
ภาวะสุขภาพ	0-100	38-79	63.94	7.95	สูง
ภาวะซึมเศร้า	0-60	2-27	10.81	4.69	ต่ำ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประกอบด้วย พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติของข้อมูลพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2565) ดังนี้

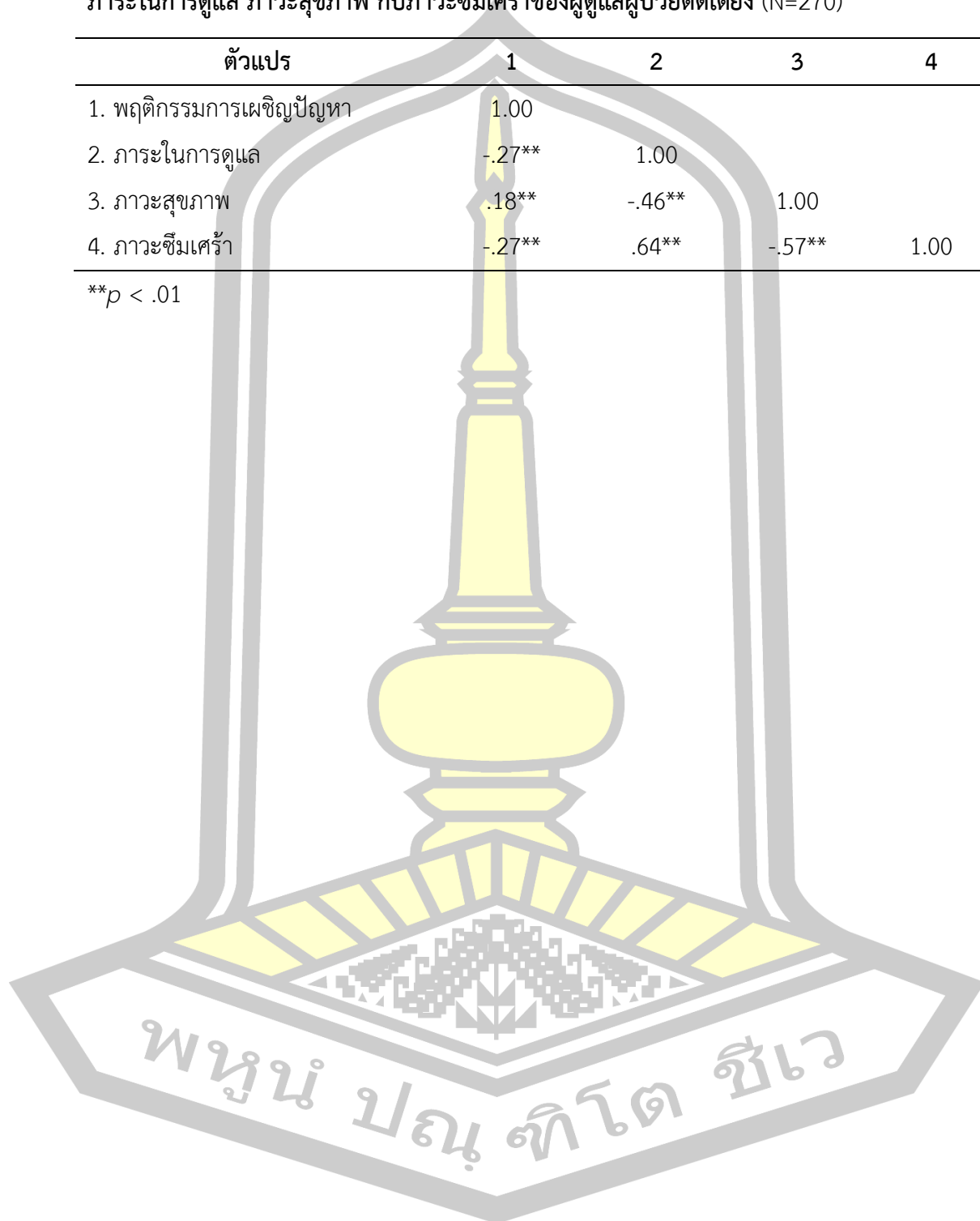
1. ตัวแปรทุกตัวมีระดับการวัด Interval
2. ค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่าค่า p-value มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม
3. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีค่า p-value มากกว่า 0.05 และพบว่าตัวแปรภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า มีค่า p-value (sig) น้อยกว่า 0.05 จึงทำการทดสอบทางสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient เมื่อเทียบ Critical value ของสถิติ Z พบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ค่าที่ได้ไม่อยู่ในช่วง -3.29 ถึง +3.29 จึงทำการทดสอบสถิติ Mahalanobis distance พบว่าค่า Mahal. Distance ที่วิเคราะห์ได้มีค่าสูงสุด 13.10 เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่า Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ที่ค่าองศาความเป็นอิสระเท่ากับจำนวนตัวแปรอิสระ พบว่ามีค่าน้อยกว่าค่าวิกฤต แสดงให้เห็นว่าภาพรวมไม่มีข้อมูลสุดโต่ง ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงแบบปกติ และไม่มีค่า Multivariate outliers (Mishra et al., 2019) ดังนั้น ถือว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27, p < .01$) ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.57, p < .01$) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
 ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (N=270)

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

** $p < .01$



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation research design) ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลาก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565 โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 106 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล แบบประเมินภาระในการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93, .94, .82 และ .91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ผู้วิจัยได้ สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 270 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.6) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD = 11.9) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 78.2) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดเตียงเป็นบุตร (ร้อยละ 64.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.6) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 54.8) อยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรส บุตรและหลาน (ร้อยละ 38.1) ซึ่งใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 14 ชั่วโมง (SD = 4.1) และระยะเวลาดูแลที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 โดยระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 2 ปี (SD = 2.3)

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 10.81, SD = 4.69) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 265 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.15 และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.85

3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 118.05 (SD = 10.30) เมื่อวิเคราะห์ พฤติกรรมการเผชิญปัญหารายด้านโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยสัดส่วนพฤติกรรมการเผชิญ ปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมีค่ามากที่สุด (M = .39, SD = .02) และด้านการจัดการกับ อารมณ์มีค่าน้อยที่สุด (M = .27, SD = .03)

4. ภาวะในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับน้อยถึง ปานกลาง (M = 27.41, SD = 10.28)

5. ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูงหรือมี ภาวะสุขภาพดี (M = 63.94, SD = 7.95)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะ ซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ ซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อพฤติกรรมการ เผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่น้อยลง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้าในการดูแลที่ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมาก ที่สุด รูปแบบการเผชิญปัญหาด้านนี้คือการที่ผู้ดูแลเลือกเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้ต่อปัญหาหรือ เหตุการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าในมุมมองที่ดี ในขณะที่ปัญหายังคงดำเนินอยู่ (ANNE JALOWIEC, MURPHY, & POWERS, 1984) และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ใช้ระยะเวลาดูแลเฉลี่ยต่อวันนานถึง 14 ชั่วโมง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและปรับตัวในบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้ ทำให้ทักษะด้านการเผชิญปัญหาดีหรือมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562) รวมกับลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวขยาย

ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรและหลาน (ร้อยละ 38.1) ทำให้ช่วงระยะเวลาในการดูแลและระหว่างกา
 เผลิณปัญหาที่มีบริบทสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือหรือให้กำลังใจ (Le & Ibuka, 2023)

สมมติฐานดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) กล่าวคือพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาเป็นตัวแปรคั่นกลางของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ดูแลสามารถเผลิณปัญหาขณะดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในรัฐมอลตาพบว่า พฤติกรรมกาเผลิณปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.369, p < 0.01$) โดยใช้กาจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (Charles & M., 2018) และการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพากินสันพบว่าวิธีการเผลิณความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.251, p < 0.05$) (ลินจง โปธิบาล และคณะ, 2562) ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ประเทศแอฟริกาพบพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาที่ดีที่ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดน้อยลงเช่นกัน (Michelle et al., 2009) และมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน จากการศึกษาของ Pasitta et al. (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .02, p < .001$) และการศึกษาพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศอิหร่าน (Azar et al., 2021) พบว่าผู้ดูแลมีการใช้กาพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาทุกรูปแบบ โดยพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .238, p < 0.012$) จากทิศทางการสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในบางการศึกษา อธิบายได้ว่าเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในด้านปัจจัยพื้นฐาน เช่น สภาพสังคม วัฒนธรรมการอยู่อาศัย และความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดการปรับตัว ปรับเปลี่ยนมุมมองและจัดการกับอารมณ์ที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในด้านบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาเผลิณปัญหาค่อนข้างมีประสิทธิภาพ เพื่อกาจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเองจากเหตุการณ์ที่กำลังเผลิณหน้าเพื่อให้อกลับคืนสู่ภาวะสมดุล พฤติกรรมกาเผลิณปัญหาจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญระหว่างกาดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้าระหว่างกาดูแลที่มาก

ขึ้นตามมาด้วย อภิปรายผลได้ว่าลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (ร้อยละ 72.6) ที่มีโรคประจำตัว บางรายมีโรคร่วมไม่ต่ำกว่าสองโรค โรคทางกายที่พบเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลโดยเฉพาะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2558) พร้อมทั้งผู้ดูแลใช้ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมงและระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ปี พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 40.4) อายุเฉลี่ย 55.2 ปี เป็นวัยทำงานและยังคงประกอบอาชีพหรือทำงานอยู่ (ร้อยละ 70) ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาอาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.4$) ซึ่งในแบบสอบถามภาวะการดูแลข้อคำถามที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคือ ท่านรู้สึกว่ามีอะไรที่มันคงแน่นนอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย และรองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ภาวะในการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเอง การพักผ่อนลดลง มีการศึกษาในประเทศตุรกีที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ส่วนมากผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองปีขึ้นไป (Aysun & Nesrin, 2019)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่กระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยคือ เรื่องระยะเวลาการดูแล และบทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างดูแล (Haidet et al., 2017) ทำให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการใช้ระยะเวลายาวนานและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง (ชาลินี สุวรรณยศ & ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Azar Kazemi, 2021) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .05$) (อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ, 2561) และการศึกษาของศิรินทิพย์ นิमितภูวดล (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบระดับภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 8 ชั่วโมง ($r = .378, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.603, p < .001$)

ดังนั้น ภาวะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการรับรู้ภาวะเป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก จากบทบาทหน้าที่ที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่น้อยลง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้าในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนภาวะสุขภาพดี ($M = 28.2, SD = 3.5$) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 40-60 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงข้อคำถามที่ผู้ดูแลให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ไม่สามารถทำงานทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น และข้อคำถามที่ให้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ปัญหาการเจ็บป่วยตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ จากข้อคำถามจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีอาการเจ็บป่วยทางกายแต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องไม่ละเว้น รวมทั้งรูปแบบด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 64.1) เป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันทางสายเลือด มีความรู้สึกใกล้ชิด ด้วยความรัก ความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองและดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นควบคู่กันไป (Gerain & Emmanuelle Zech, 2019) เพื่อที่จะยังคงให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อไปได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน-1 ปี (ร้อยละ 52.2) เป็นช่วงที่ภาวะสุขภาพทางกายอาจไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

สมมติฐานดังกล่าวเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่ดี ก็ส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cormio et al. (2014) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประเทศบราซิล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลในช่วงระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.577, p = .000$) และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในรัฐมอลตา พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.315, p < 0.05$) (Charles & M., 2018)

มีการศึกษาปัจจัยภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ที่พบว่าภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลกระทบต่อการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (ณัชชพลา หลงผาสุข และคณะ 2561) รวมทั้งการศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย

ติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแล และมีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562) โดยอาการทางกายที่พบส่วนมาก ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ (สุรียา พองเกิด และคณะ, 2562) แม้ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจากการวิจัยฉบับนี้ไม่เป็นปัญหาต่อกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะสุขภาพที่ดี อาจเนื่องจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล หรือปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ยับยั้งต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังคงมีความสำคัญ เพราะการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ องค์กรรวมของภาวะสุขภาพก็จะเกิดความสมดุลมากยิ่งขึ้น

เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันมีความสัมพันธ์ทางสถิติในระดับ $p < .01$ และค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายต่อภาวะซึมเศร้า และได้ภาพความชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยสถิติพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ดังนี้

1. จากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคลาดเคลื่อนด้วยวิธี Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.9 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation)

2. ตัวแปรทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (No multicollinearity) โดยการทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า Tolerance ของภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล กับภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ .787, .937, .762 และค่า VIF เท่ากับ 1.27, 1.07, 1.30 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงทางสถิติ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ร้อยละ 51 ($R^2 = .51$, $p < .001$) โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้มากที่สุด ได้แก่ ภาระในการดูแล ($\beta = .45$, $p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.35$, $p < .001$) และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ($\beta = -.10$, $p = .03$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ลำดับการ	ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE_b</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
นำเข้าสมการ						
1	ภาระในการดูแล	.21	.02	.45	9.29	< .001
2	ภาวะสุขภาพ	-.21	.03	-.35	-7.25	< .001
3	พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา	-.04	.02	-.10	-2.16	.03

Constant = 23.31; SEE = \pm 3.28, *R* = .72; *R*²adj = .51; *F* = 93.57; *p* < .001

จากผลการศึกษาข้อมูลดังกล่าว สามารถเขียนสมการที่ใช้แสดงการถดถอยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (*Y*)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง = 23.31 + .21 (ภาระในการดูแล) -.21 (ภาวะสุขภาพ) -.04 (พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล}} = .45Z_{\text{ภาระในการดูแล}} - .35Z_{\text{ภาวะสุขภาพ}} - .10Z_{\text{พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา}}$$

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรด้านสาธารณสุขในการทำความเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในด้านพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อช่วยส่งเสริมป้องกันและลดผลกระทบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการกับปัญหาอ้อม เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3. จากการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน ควรจัดกิจกรรมที่ลดความรู้สึกเป็นภาระ

ของผู้ดูแล การค้นหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือ หรือให้การชื่นชมสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

4. จากการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีของผู้ดูแล การจัดกิจกรรมฟื้นฟูหรือเสริมสร้างสุขภาพทางด้านร่างกายระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้กระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

5. ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ไม่สูงรวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี หน่วยบริการปฐมภูมิหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควรตระหนักถึงการติดตามในระยะยาวและความต่อเนื่องในกลุ่มนี้ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรืออาจมีแนวโน้มที่แย่ลง

ด้านวิจัยทางการแพทย์

1. จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีภาวะในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อเพิ่มความรู้ในการทำความเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอธิบายภาวะซึมเศร้าด้านการวิจัยที่กว้างยิ่งขึ้น

2. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะในการดูแลและภาวะสุขภาพ มาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องด้วยปัจจัยพฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรคั่นกลางตามกรอบแนวคิด ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีการทดสอบตัวแปรคั่นกลาง (mediator) จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์หรืออธิบายอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะสุขภาพ ภาวะในการดูแลกับภาวะซึมเศร้า ว่าตัวแปรคั่นกลางหรือปัจจัยพฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทั้งหมดหรือบางส่วนต่อภาวะซึมเศร้า

2. จากกรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยโดยใช้รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin หากผู้วิจัยศึกษาในปัจจัยความเครียดร่วมด้วยอาจเห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนมากกว่าภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเครียดอาจเป็นปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: หจก.ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). กระทรวงสาธารณสุข ระบบการดูแลระยะยาว. Retrieved from http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp
- กระทรวงสาธารณสุข, ก. (2565). คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดำเนินงาน *NCD Clinic Plus*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2563). ภาวะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์, 27(1), 150-161.
- กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, & พานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 1-16.
- กิริติ กิจธีระวุฒิวงษ์, & นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561a). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4), 15-24.
- กิริติ กิจธีระวุฒิวงษ์, & นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561b). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4), 15-24.
- ขวัญตา บุญवास, อิศารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนทบดี, & นิยมศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 205-216.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). คู่มือ การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนัญชิตาคุณศรี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, & วรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา, 4(1), 62-75.
- ชนิกานต์ ส่วนุ, ภูมิ ชมพุศรี, & จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. (2562). การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(2), 62-69.

- ชาลินี สุวรรณยศ, & ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. พยาบาลสาร, 45(4), 229-239.
- เชิดชาย ชยวัฑฒ. (2559). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 35(1), 14-27.
- ณปภา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2(2), 14-25.
- ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, & ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2), 98-109.
- ดวงใจ กสานติกุล, นิพันธ์ กาญจนธนาเลิศ, นงพงา ลีมสุวรรณ, อรพรรณ ทองแดง, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, วีระ เชื้อศิริกุล, . . . วรลักษณ์ ธีระโมกข์. (2540). แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 80(10), 647-657.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 6(1), 56-62.
- บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, & วรพรรณ เสนาณรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 85-98.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- บุญญา อินไทย, พิชชา เครือแปง, ญาณิ โชคสมงาม, & ยิ่งชาญกุล, น. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร, 60(3), 383-394.
- ภาวิณี ลาโยธี, & น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2562). ภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(4), 354-360.
- มณีนรัตน์ ขาวบล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, & ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 90-104.
- มานอช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุนคินชัย. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, & นรัชพร ศศิวงศากุล. (2562). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. วารสารสภาการพยาบาล, 34(2), 62-75.

- วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, & ทศนา ทวีคุณ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า และความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(3), 42-60.
- วิลาสินี พิเศษ, & ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(4), 317-336.
- ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารโรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 275-289.
- ศิริทิพย์ นิมิตรภูวดล, พรชัย จุลเมตต์, & นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(4), 1-12.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2558). คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน. นนทบุรี: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมถวิล วิจิตรวรรณ. (2565). สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้อย่างไร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 8(2), 1-15.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, & บวรศม สีระพันธ์. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, & กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์, 9(1), 69-89.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, & สรยุทธ วาสิกานานนท์. (2558). ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อมรา ชูพลสตัย, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, & นัตตา แนบเกษร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. วารสารพยาบาล, 67(2), 36-43.
- อัจฉริยา น้อยทรง, นิตยา ตากวิริยะนันท์, & โอภาส ไตรตานนท์. (2564). ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(3), 498-508.

- Aaron, B. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper Row.
- Aysun, B., & Nesrin, I. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3), 1-9.
- Azar, K., Jalil, A., Maryam, M., Kelly-Ann, A., & Seyedeh, A. M. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregiver of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(51), 1-9.
- Charles, S., & M., M. (2018). Coping with anxiety, Depression, Burden and Quality of life in informal primary caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *the journal of aging research and lifestyle*, 7, 128-135.
- Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 5(1342), 1-8.
- Curtis, A. C., & Keeler, C. (2021). Measurement in Nursing Research. *AJN The American Journal of Nursing*, 121(6), 56-60. doi:10.1097/01.NAJ.0000753668.78872.0f
- Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., & SozWiss. (2001). Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q*, 14(1), 48-54. doi:10.1177/089431840101400113
- Gerain, P., & Emmanuelle Zech. (2019). Informal caregiver Burnout Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 1-13.
- Hacer, G. U., & Behice, E. (2019). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2), 321-332.
- Haidet, P., Weerasak, M., Pitiporn, S., Supattra, J., Sutisa, P., Napaporn, P., & Dujpratthana, P. (2017). Relationship between caregiver's factor, level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological experienced by caregiver of people with dementia. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice*, 16, 70-79.
- Handicap. (2015). *Disability in humanitarian context*. France: Handicap International Federation.
- HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานการคัดกรองผู้มีภาวะพึ่งพิง. Retrieved from

https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In *Measurement of client outcome* (pp. 236-308). New York Springer Publish Company.

JALOWIEC, A., MURPHY, S. P., & POWERS, M. J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161. Retrieved from https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1984/05000/Psychometric_Assessment_of_the_Jalowiec_Coping.8.aspx

Kasantikul, D., Karnjanathanalers, N., Limsuwan, N., Thongtang, O., Vuthiganond, S., Khuangsirikul, V., . . . Theeramoke, V. (1997). Health-related self-report (HRSR) scale: the diagnostic screening test for depression in Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 80(10), 647-657.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Pub. Co.

Le, D. D., & Ibuka, Y. (2023). Understanding the effects of informal caregiving on health and well-being: Heterogeneity and mechanisms. *Social Science & Medicine*, 115630(317), 1-9.

Michelle, H. M., Daniel, D. W., Fei, S., Jamie, D., Rebecca, A. S., Dolores, G.-T., & Louis, B. D. (2009). Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer's Caregiver With Race as a Moderator. *The Gerontologist*, 49(2), 248-261.

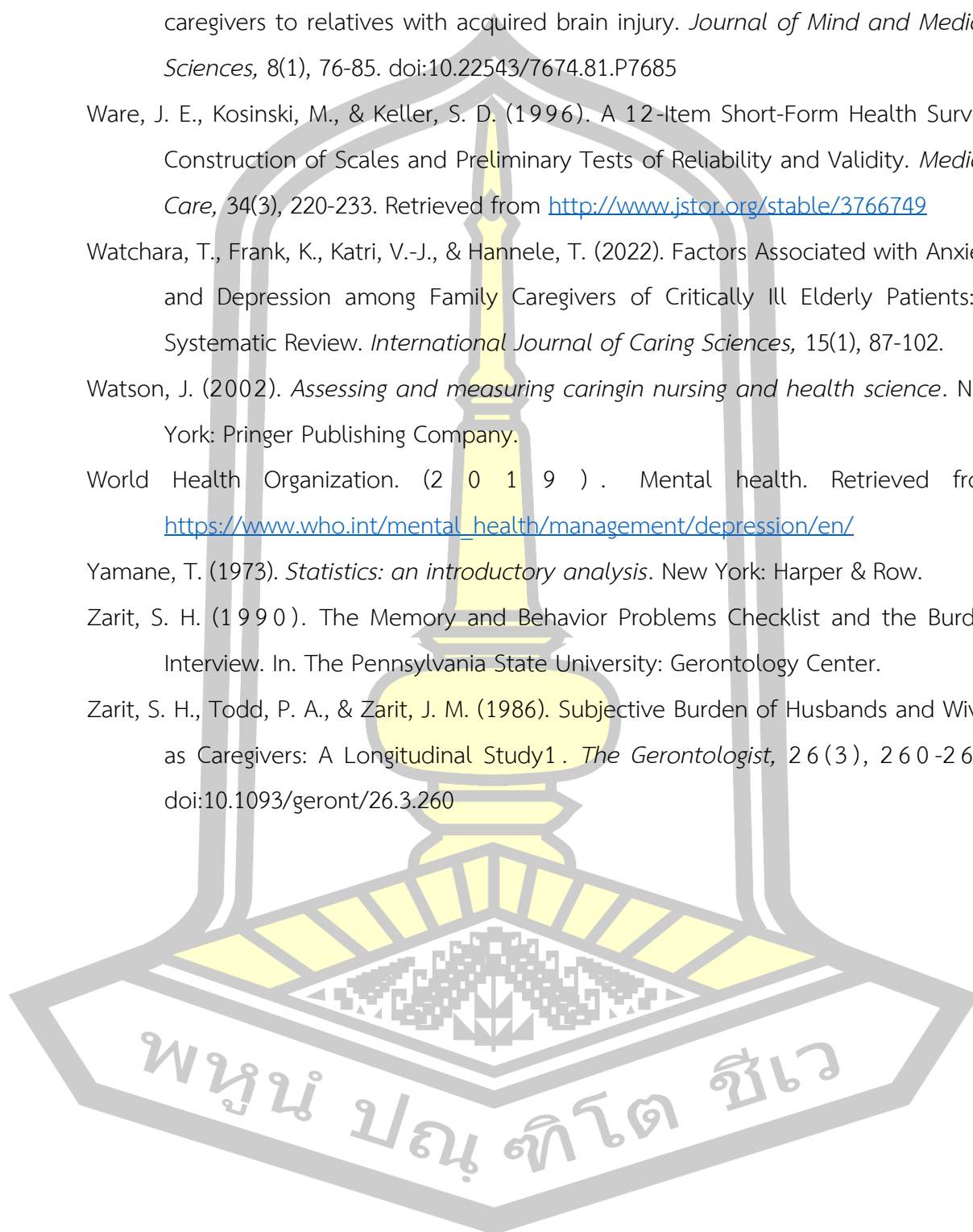
Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth*, 22(1), 67-72. doi:10.4103/aca.ACA_157_18

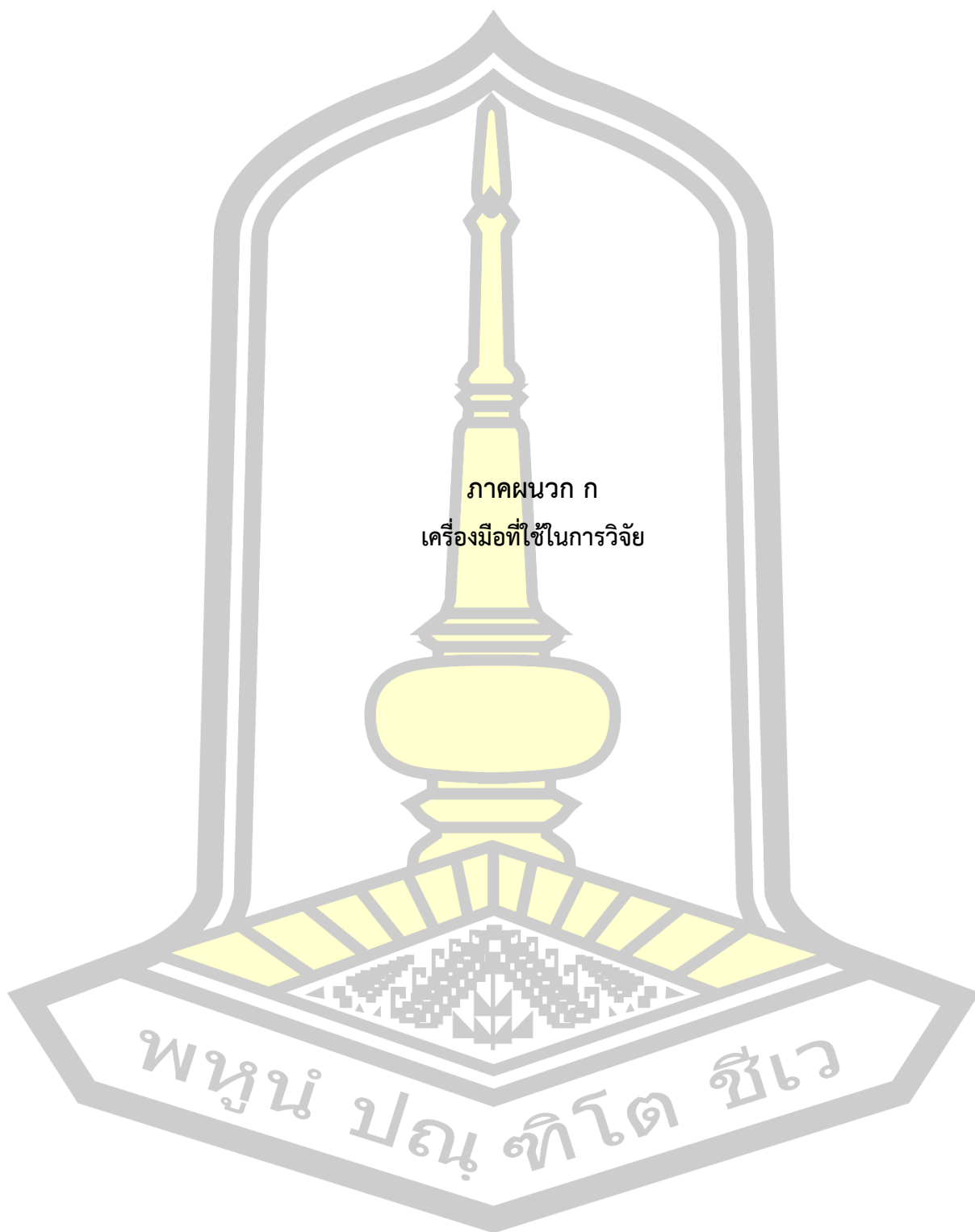
Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26. doi:10.2307/583753

Organization, W. H. (2023). Noncommunicable diseases. Retrieved from <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/mdb/noncommunicable-diseases>

- Panawat, S., Nujjaree, C., & Pornpat, H. (2022). Relationships between caregiving stress and sleep quality among family caregivers of older adults with dementia in Thailand. *Belitung Nursing Journal*, 8(3), 229-234.
- Panupong Tantirat, Repeepong Suphanchaimat, & Thanit Rattanathumsakul. (2020). Projection of the Number of Elderly in Different Health States in Thailand in the Next Ten Years, 2020-2030. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8703), 1-12.
- Pasitta, O., Rungnapa, P., Kanaungnit, P., Vorapun, S., Therase, A. H., & VDechavudh, N. (2013). Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International J Nurs Res*, 17(2), 167-180.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pender, N. J., Carolyn, L. M., & Mary, A. P. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Upper Saddle River N.J.: Pearson.
- Putri, Y. S. E., Sitthimongkol, Y., Wirojratana, V., & Chansatitporn, N. (2021). Predictors of Depressive Symptoms among Family Caregivers of Patients with Dementia in Java, Indonesia. *Siriraj Medical Journal* 73(8), 549-558.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Riza, N., & Zm, L. (2020). Bedridden Elderly: Factors and Risks. *International Journal of Research and Scientific Innovation* 7(8), 46-49.
- Tatijana, R., Natasa, T., Milutin, V., Nina, R., Andrija, P., Vedrana, P., . . . Natasa, M. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A path Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9577), 1-12.
- Tough, H., Brinkhof, M. W. G., & Fekete, C. (2020). Is informal caregiving at odds with optimal health behaviour? A cross-sectional analysis in the caregiving partners of persons with spinal cord injury. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 526-542. doi:10.1080/21642850.2020.1838282

- Walker, J., Schlebusch, L., & Gaede, B. (2021). Support for family members who are caregivers to relatives with acquired brain injury. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(1), 76-85. doi:10.22543/7674.81.P7685
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3766749>
- Watchara, T., Frank, K., Katri, V.-J., & Hannele, T. (2022). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Critically Ill Elderly Patients: A Systematic Review. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 87-102.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Pringer Publishing Company.
- World Health Organization. (2019). Mental health. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: Harper & Row.
- Zarit, S. H. (1990). The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. In. The Pennsylvania State University: Gerontology Center.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study¹. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266. doi:10.1093/geront/26.3.260





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพและภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล	จำนวน 36 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแล	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	จำนวน 12 ข้อ

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามและแบบวัดในแต่ละส่วน และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ โดยตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

3. ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษานี้เท่านั้น โดยการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะไม่เกิดผลเสียประการใดต่อท่าน หลังจากเสร็จสิ้นการทำวิจัยแล้ว ข้อมูลของท่านในการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส 1.โสด 2.คู่/สมรส 3.หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 4.หม้าย
4. ระดับการศึกษา 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษา 4.ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา 5.ปริญญาตรี 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพในปัจจุบัน 1.ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่ 3.ค้าขาย 4.รับจ้าง 5.รับราชการ 6.เกษียณอายุ 7.อื่นๆ.....

6. โรคประจำตัว

- 1.ไม่มี 2.มี ระบุ.....

7. สภาพเศรษฐกิจ

- 1.เพียงพอ 2.ไม่เพียงพอ

8. ลักษณะการอยู่อาศัย

- 1.อยู่คนเดียว 2.อยู่กับคู่สมรส 3.อยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน
 4.อยู่กับบุตร 5.อยู่กับหลาน 6.อยู่กับพี่น้อง/ญาติ
 7.อื่นๆ ระบุ.....

9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- 1.คู่ชีวิต 2.บิดา/มารดา 3.บุตร
 4.หลาน 5.พี่/น้อง 6.อื่นๆ ระบุ.....

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

11. จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน.....ชั่วโมง

12. การได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียงที่ท่านได้ให้การดูแล

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 1.โสด 2.คู่/สมรส 3.หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 4.หม้าย
4. โรคประจำตัว
 1.ไม่มี 2.มี ระบุ.....

พูน ปรณ ทิโต ชิว

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- | | |
|--------------|--|
| ไม่เลย | หมายถึงท่านไม่เคยมีลักษณะอาการนั้นเลย |
| บางครั้ง | หมายถึงท่านมีลักษณะอาการนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง |
| ค่อนข้างบ่อย | หมายถึงท่านมีลักษณะอาการนั้น 2-3 วัน/สัปดาห์ |
| บ่อย ๆ | หมายถึงท่านมีลักษณะอาการนั้นเกือบทุกวัน |

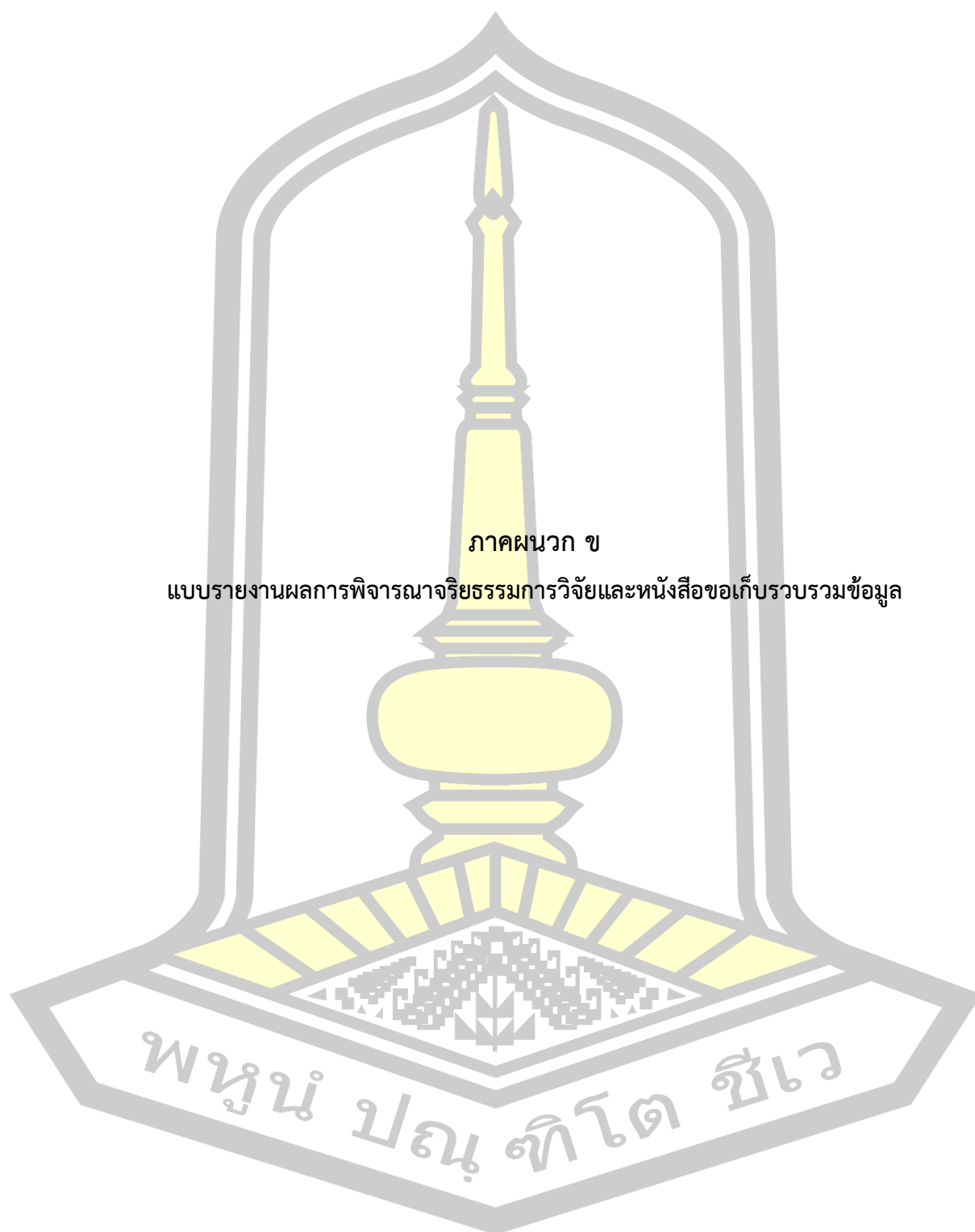
ลักษณะอาการภาวะซึมเศร้า	บ่อยๆ (3)	ค่อนข้างบ่อย (2)	บางครั้ง (1)	ไม่เลย (0)
1. รู้สึกเบื่ออาหาร				
2. นอนไม่หลับหรือต้องงัวงายช่วยให้หลับ				
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
20. พยายามฆ่าตัวตาย				

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับตัว.....

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ดีเยี่ยม (1)	ดีมาก (2)	ดี (3)	ปานกลาง (4)	ไม่ดี (5)
1.โดยทั่ว ๆ ไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรค ของการทำกิจกรรมในแต่ละวันของท่านหรือไม่...					
2.การยกโต๊ะ การทำความสะอาดปิดกวาด เช็ดบ้าน หรือหิ้วของ กลับจากตลาด	ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก (1) <input type="checkbox"/>		ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2) <input type="checkbox"/>		ไม่เป็นปัญหา/ อุปสรรค (3) <input type="checkbox"/>
3.การเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน	ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก (1) <input type="checkbox"/>		ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2) <input type="checkbox"/>		ไม่เป็นปัญหา/ อุปสรรค (3) <input type="checkbox"/>
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพ...	ตลอดเวลา (1) <input type="checkbox"/>	เกือบตลอดเวลา(2) <input type="checkbox"/>	บางครั้ง (3) <input type="checkbox"/>	นานๆครั้ง (4) <input type="checkbox"/>	ไม่เลย (5) <input type="checkbox"/>







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 155-075/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationships between Care Burden, Coping behaviors, Health status and Depression of Family Caregivers of Bedridden Patients.

ผู้วิจัย : นางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอหนองบัวระเหว อำเภอจัตุรัส อำเภอเทพสถิต อำเภอภูเขียว อำเภอกอนสวรรค์ และอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 2 พฤษภาคม 2565

วันหมดอายุ : 1 พฤษภาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....
ภคณี สว่างจิตรา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษักรหญิงรัตรี สว่างจิตรา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

รับที่ 6313
วันที่ 17 พ.ค. 2565
เวลา 11.13 น.

ที่ อว 0605.11/659

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

12 พฤษภาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หลังพื้นที่เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วยนางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้รับการอนุมัติทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง" โดยมี รศ.ดร.ตรณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิทยานิพนธ์ "แบบสอบถาม เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง" กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (มีค่าคะแนน ADL 0-4 คะแนน) ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2565 ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 155-075/2565 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ณ บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในพื้นที่อำเภอจัตุรัส อำเภอกุฉินารายณ์ อำเภอเทพสถิต อำเภอกอนสวรรค์ อำเภอบำเหน็จณรงค์ และอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน 300 คน ซึ่งจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2565 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ชื่อ นพ.ศสจ.ชัยภูมิ
เพื่อไปราชการ ณ บ้านคนพิการ
ที่ใน อ.จัตุรัส อ.เทพสถิต
อ.หนองบัวระเหว อ.หนองบัวลำภู
อ.กันทรวิชัย อ.โกสุมพิสัย อ.มหาสารคาม
สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นายชिरะ บดพิบูลย์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
18 พ.ค. 2565

๓๑๑๑๙๙ ๑๗๖๖๓๓ ๑๓๖๓๖๖

ด่วนที่สุด

ที่ ชย ๐๐๓๓.๐๑๖/๔๗๗๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ถนนชัยภูมิ-แก้งคร้อ ชย ๓๖๐๐๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หลังพื้นที่เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอภูเขียว สาธารณสุขอำเภอจัตุรัส สาธารณสุขอำเภอคอนสาร
สาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว สาธารณสุขอำเภอบำเหน็จณรงค์ และสาธารณสุขอำเภอเทพสถิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามและแบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้รับการอนุมัติทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง” โดยมี รศ.ดร.ตรีณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิทยานิพนธ์ “แบบสอบถาม เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง” กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (มีค่าคะแนน ADL ๐-๔ คะแนน) ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง ๑๕๕-๐๗๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ แล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ขอความอนุเคราะห์มายังหน่วยงานของท่าน ให้ นางสาวปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ณ บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ของท่านโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน ๓๐๐ คน ซึ่งจะเข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๕ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุญสวย ชัยสถิตย์กุล)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐-๔๔๘๑๑-๖๙๑-๔ ต่อ ๒๐๘

โทรสาร ๐-๔๔๘๑-๑๘๕๘

อัครลักษณ์ สสง.ชัยภูมิ “ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ รับผิดชอบ เสียสละ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ
วันเกิด	7 ตุลาคม 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	64/2 หมู่ที่ 13 ตำบลส้มป่อย อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 36130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คลินิกชุมชนอบอุ่น เทศบาลตำบลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 จบการศึกษามัธยมศึกษา โรงเรียนสตรีชัยภูมิ พ.ศ. 2559 ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พ.ศ. 2566 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พญูนั ปณุ ทิโต ชีเว