ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons with Major Depressive Disorder (MDD)

ธมลวรรณ สีนาค[1*], อรวรรณ หนูแก้ว[2] และ วันดี สุทธรังษี[2]

Tamonwan Seenak[1*], Orawan Nukaew[2] and Wandee Suttharangsee[2]

นักศึกษาปริญญาโทมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 3) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 4) แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และ 5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2, 4, และ 5 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.58, SD=0.66)

2. ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.7 (R^2=.227, p<.01) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (β=.474, t=5.638, p<.01)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแล, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า, ผู้ดูแล

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tuinuy_2@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-7314372)

Abstract

This predictive research aimed to study factors predicting caregivers' capabilities in caring for older persons with major depressive disorder (MDD). The sample comprised 123 caregivers of older persons with MDD who were receiving treatment at one of the two psychiatric hospitals in southern Thailand. The research instruments consisted of 5 parts: 1) demographic data of caregivers, 2) short form health survey (SF-12), 3) scale of perceived severity of depressive disorder, 4) internal locus of control health questionnaire, 5) caregivers' capabilities in caring for older persons with MDD questionnaire. The content validity of each part was verified by three experts. The reliability of part 2, 4, and 5 was tested. The sample yielded Cronbach's alpha coefficients of .80, .85 and .93, respectively. Data were analyzed, using descriptive statistic. The predictability of the selected factors was analyzed, using multiple regression (enter method).

The results showed that caregivers' capabilities in caring for older persons with MDD were at a moderate level (M=3.58, SD=0.66). Predictive factors could be correlated explanation 22.7 percent (R^2=.227, p<.01). For consideration, the factor that significantly predicted was the internal locus of control health (β=.474, t=5.638, p<.01). The results of this study could be used as basic information to develop nursing care to improve caregivers' capabilities in caring for older persons with MDD.

Keywords: Major Depressive Disorder, MDD, Older Persons, Caregivers' Capabilities, Caring

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ (Lueboonthavatchai, 2010) จากงานประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2558 พบว่าคนไทยมีภาวะของโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตถึง 900,000 คน หรือประมาณ ร้อยละ1.8 ของประชากรทั้งประเทศ และปัญหาการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 3.5 ของประชากร หรือราว 1.8 ล้านคน ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากโรคซึมเศร้า ร้อยละ 70 (Ruangtrakul, 2011) ซึ่งโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ โดยมีอายุของการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 20-50 ปี (Sadock, 2007) มักจะมีแนวโน้มที่จะป่วยนานและเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 15-20 และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ค่อนข้างสูง ร้อยละ 50-75 (Martin, 2010) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีการดำเนินของโรคไปจนถึงวัยสูงอายุ และในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้ โดยพบร้อยละ 10-13 (Muangpaisan, 2013)

การเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่าง ๆ ลดลง (Jaroenkul, 2012) ส่งผลให้มีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ผู้ป่วยมักหลีกหนีสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจกิจกรรมของสังคม (Keawkingkeo, 2011)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาของตนนั้นล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จ มักจะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และมีความรู้สึกอยากตาย (Lueboonthavatchai, 2013) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย มีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแล เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลของตนเองมีอยู่จำกัด จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลผู้รับผิดชอบให้การดูแล โดยผู้ดูแลเข้ามาช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือบางส่วน จึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่จำเป็น หากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลประเมินได้จากการวางแผน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6) ด้านสุขอนามัย และ 7) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Aunnapirak, 2010; Bangkok Health Research Center, 2014; Browning & Hogstel, 1994; Chewsuwan, 2014; Keawkingkeo, 2011; Miller, 1999; Mongkol, Pimsen, & Yordklang, 2005; Sangruji,, 2012; Sittipornanun, 2007; Srinonprasert, 2015; Tapin, 2010) อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล และอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีอิทธิพลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยซึ่ง โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในส่วนของปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นพื้นฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลาย เช่น อายุ (Meesri, 2012) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Kalyanee, Dangdomyouth & Aumtanee, 2015) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Meesri, 2012) ระยะเวลาในการดูแล (Imoat, 2007) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Prommoon, 2008) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Prommoon, 2008) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล (Tapin, 2010) และมีการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ายังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ในระดับปานกลาง ซึ่งน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ตลอดจนเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

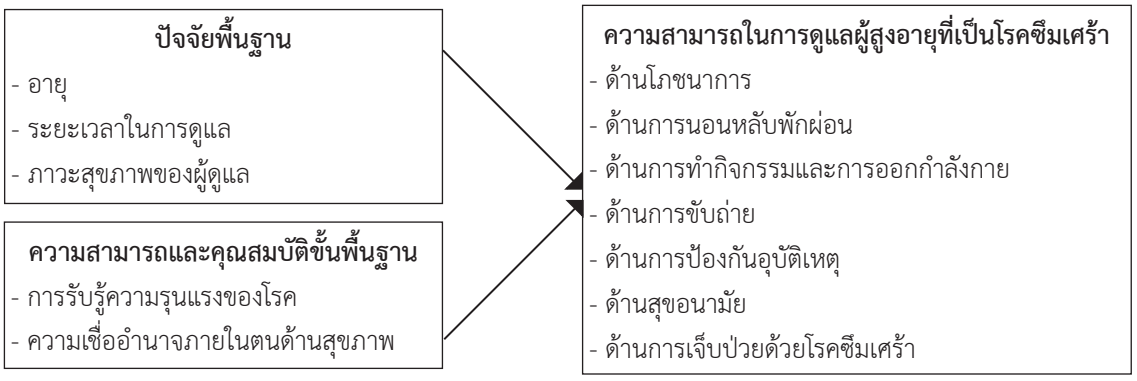
1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care Agency) เป็นความสามารถของผู้ให้การดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถประเมินได้จากการวางแผนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6) ด้านสุขอนามัย และ 7) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Aunnapirak, 2010; Bangkok Health Research Center, 2014; Browning & Hogstel, 1994; Chewsuwan, 2014; Keawkingkeo, 2011; Miller, 1999; Mongkol, Pimsen, & Yordklang, 2005; Sangruji,, 2012; Sittipornanun, 2007; Srinonprasert, 2015; Tapin, 2010)

นอกจากนี้โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลาง ซึ่งน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 และค่าขนาดของอิทธิพลคำนวนจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง ได้เท่ากับ 0.25 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนประชากร ดังนี้ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ได้ 25 คน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้ 98 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยอาจจะเป็นสามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุเปิดให้บริการในแต่ละวันมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำรายชื่อมาเรียงลำดับ จากนั้นสุ่มแบบคนเว้นคนโดยเริ่มจากคนแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ เอสเอฟ 12 Short Form Health Survey (SF-12) ที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทยซึ่งขออนุญาตใช้จากองค์กร

Quality Metric Incorporated ประกอบด้วย 12 ข้อ การแปลผล คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนนโดยใช้สูตร (100/ผลต่างของช่วงคะแนน) x (คะแนนเต็ม - ค่าคะแนนต่ำสุด) คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Maruish, 2012)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในภาพรวม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analog Scale) เชิงเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ที่แสดงถึงการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ 0 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด ส่วน 10 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของ Wallston, Wallston, & Devellis (1978) ซึ่งกรรณิการ์ กันธรักษา เป็นผู้แปลพัฒนาโดยวชิราพรรณ (2010) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตรส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1-6 ให้คะแนนจากไม่จริงเลย ไม่จริง ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง จริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน กำหนดค่าคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการได้ 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 ให้คะแนนจากผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติได้น้อย ปฏิบัติได้ปานกลาง ปฏิบัติได้มาก และปฏิบัติได้มากที่สุด การแปลผลคะแนน กำหนดค่าคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับที่ปฏิบัติได้ 3 ระดับคือ น้อย ปานกลาง และมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 4 และ 5 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การวิจัยหรือผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและได้รับวุฒิบัตรการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่า 5 ปี และได้รับวุฒิบัตรการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาเหมาะสม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำไปปรับแก้ตรวจสอบใหม่จนสมบูรณ์ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ ได้ค่า CVI ของทุกแบบสอบถามเท่ากับ 1.00

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 คน (Kannasoot, 1992)

แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, และ.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจ้งข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรือยินยอมด้วยวาจา

4. หลังจากได้รับความยินยอมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง หลังทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอรับแบบสอบถามคืนทันที

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ

6. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ทั้งนี้ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Srisatidnarakul, 2010) ดังนี้

2.1 ตัวแปรอายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ส่วนตัวแปรระยะเวลาในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ Normal Distribution จึงแปลงตัวแปรเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)

2.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)

2.3 ความแปรปรวน ของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่าคง (Homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน Scatter Plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์

2.4 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า Tolerrance อยู่ในช่วง .897 - .937 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.047 – 1.115

2.5 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ว่าเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ได้ค่า Durbin - Watson เท่ากับ 2.385 แสดงว่า ไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ ศธ 0521.1.05/1060 ลงวันที่ 25 เมษายน พ.ศ.2559 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เลขที่ 29/2559 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่ 092/2559 ลงวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2559

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.10 มีอายุต่ำสุด 19 ปี และมากสุด 80 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.50 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.50 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 94.30 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 76.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.60 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และอาชีพเกษตร/ทำสวน/ทำไร่ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 30.10 มีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือนโดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.60 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 74.00 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 61.00 และมีระยะเวลาในการดูแลน้อยสุด 6 เดือนและมากสุด 30 ปี มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.70

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ารายด้านและโดยรวม

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (*N*=123)

ความสามารถในการดูแล	*M*	*SD*	ระดับความสามารถ
ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	4.04	0.69	มาก
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.92	0.74	มาก
ด้านสุขอนามัย	3.74	0.75	มาก
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	3.60	0.78	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	3.52	0.83	ปานกลาง
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	3.30	0.93	ปานกลาง
ด้านการขับถ่าย	3.00	0.97	ปานกลาง
โดยรวม	**3.58**	**0.66**	**ปานกลาง**

จากตาราง 1 พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.58, *SD*=0.66) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับมาก มี 3 ด้าน คือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขอนามัย ส่วนด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้านคือ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านการขับถ่าย โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (*M*=4.04, *SD*=0.69) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านการขับถ่าย (*M*=3.00, *SD*=0.97)

3. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (n=123)

ตัวแปรทำนาย	*b*	*S.E.*	β	*t*	*p-value*
ค่าคงที่	54.617	14.661		3.725	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	2.537	.450	.474	5.638	.000
อายุ	-.120	.136	-.075	-.878	.381
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.853	.643	-.110	-1.326	.187
ระยะเวลาในการดูแล	-4.085	3.620	-.095	-1.129	.261
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-5.546	5.554	-.084	-.999	.320

R^2=.227, p<.01

จากตาราง 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้นำเข้าตัวแปร 5 ตัว คือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.7 (R^2=.227, p<.01) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (β=.474, t=5.638, p<.01)

อภิปรายผล

1.ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.58, *SD*=0.66) ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ ตามกรอบแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ในที่นี้มีทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและขัดขวางความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่คาดว่าช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ เพศของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแล และระดับการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ เพศของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากสังคมคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ตลอดจนให้ความรักความอบอุ่นแก่

สมาชิกในครอบครัว (Wacharasin, 2007) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 61.00) เนื่องจากความสัมพันธ์และความใกล้ชิดจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก ความผูกพันและความเอื้ออาทรช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในการดูแลได้มากขึ้น ระดับการศึกษาของผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.60) ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยบุคคลที่มีการศึกษาจะแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณาตัดสินการกระทำได้ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 2001)

สำหรับปัจจัยที่อาจขัดขวางความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ อายุของผู้ป่วย ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคจิตเวช ทำให้ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่าง ๆ ลดลง (Jaroenkul, 2012) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะในการดูแลมากขึ้นและต้องใช้เวลาที่ยาวนานขึ้นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ดูแลมักต้องเน้นย้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ บ่อยครั้งขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก น่าเบื่อหน่าย และเป็นผลให้ผู้ดูแลให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง ระยะเวลาในการดูแล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพนอกบ้านได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบ และอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้ และขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Timtong (2007) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแลพบว่า รายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือน และส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 38.20) ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง (Tuntiamnuay, 2007) ด้วยเหตุดังกล่าวจึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับมาก มี 3 ด้านคือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายและด้านสุขอนามัย ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ และเอาใจใส่ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าโดยจะคอยสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและดูแลเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Sittipornanun, 2007) และผู้ดูแลยังตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมาหากผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่และทุกเวลา (Keawkingkeo, 2011) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังเอาใจใส่เรื่องความสุขสบายและการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพ (Aunnapirak, 2010) สำหรับด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้าน คือ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านการขับถ่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะแสดงออกในลักษณะของอาการเจ็บป่วยทางกาย

(Ittasakul, & Hongsanguansri, 2015) กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องการนอน เช่น นอนไม่หลับ นอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย ตื่นบ่อย หลับ ๆ ตื่น ๆ (Thaniwattananon, 2016) ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการจัดการเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับที่เพียงพอ ผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร ความรู้สึกอยากอาหารลดลง ทำให้น้ำหนักลด และจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องฟัน การกลืน การขบเคี้ยว (Thaniwattananon, 2016) ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเลือก และการปรุงอาหารแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อ และไม่สนใจ เก็บตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Kasantikul, 2010) ผู้แลจะต้องช่วยกระตุ้นและจัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความถนัดและศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ความอดทนและความพยายามมาก และอาจทำให้ผู้แลเกิดความเบื่อหน่าย และละเลยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ และผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (Aunnapirak, 2010) ผู้ดูแลจึงต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับบางคน และผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นเรื่องส่วนตัว รู้สึกเขินอาย จึงไม่ได้บอกปัญหาและความต้องการให้ผู้ดูแลทราบ (Lueboonthavatchai, 2010) จะเห็นได้ว่าความสามารถดังกล่าว เป็นกิจกรรมการตอบสนองการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป แต่เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแล และนอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้ดูแลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองตามศักยภาพ ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากการศึกษา ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.7 (R^2=.227, p<.01) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (β=.474, t=5.638, p<.01) สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Local of Control) ของผู้ดูแลเป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งเหตุการณ์ทางบวกและเหตุการณ์ทางลบเป็นผลจากการกระทำ ทักษะหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้นั้น บุคคลกลุ่มนี้จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล (Rotter, 1966) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีของ Fishbein และ Ajzen ที่เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม หากทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งผลลัพธ์จะออกมาในแง่บวกก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ หากเชื่อว่าผลลัพธ์จะไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ความเชื่อนี้เรียกว่าความเชื่อต่อพฤติกรรม (Behavior Beliefs) มีผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Fishbein, & Ajzen, 1975) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tapin (2010) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

พบว่า ความเชื่อมั่นภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า สามารถอภิปรายได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในบริบทของสังคมไทย และสังคมพุทธศาสนาที่มีความเชื่อว่าลูกหลานถูกคาดหวังให้ดูแลบิดามารดา เมื่อยามชราภาพและยังเป็นค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวทีถึงแม้จะมีความเป็นอยู่อย่างไรต้องไม่ทอดทิ้งบิดามารดา (Sasat, 2011) หรือเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบุพการีเมื่อเจ็บป่วย การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลอาจเกิดจากความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแล ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีอายุเท่าใด หรือมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไรก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongmon (2006) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและการศึกษาของ Meesri (2012) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบกับปัจจุบันผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาล ทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรสุขภาพ โดยช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ รวมทั้งมีขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำคำแนะนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว อาจมีช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และช่วงที่อาการกำเริบเริ่มแยกตัว มีอารมณ์เศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Ittasakul, & Hongsanguansri, 2015) ซึ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมานานเท่าใด แต่อาการของโรคก็สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา และเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคเกี่ยวกับอารมณ์ที่แปรปรวน ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจนเช่นผู้ป่วยโรคทางกายที่มีอาการกำเริบ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สังเกตอาการเหล่านั้น ประกอบกับผู้ดูแลไม่ทราบถึงผลกระทบหรือความรุนที่อาจจะเกิดขึ้น เห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านั้น อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งผลต่อความสามารถในการดูแล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่ออำนาจภายในตนอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้และแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้

2. ควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านการขับถ่าย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เช่นความเข็มแข็งอดทนด้านจิตใจ การรับรู้พลังอำนาจในการดูแล เป็นต้น

References

Aunnapirak, L. (2010*). Gerontological: Nervous System Problems and Other*. Bangkok: Boonsiri. (in Thai).

Bangkok Health Research Center. (2014). *Eating in the Elderly.* Retrieved December 7, 2015 from http://www.bangkokhealth.com.

Browning, M. A., & Hogstel, M. O. (1994). Family Support. In Hogstel, M. O. (Ed.). *Nursing Care of the Older Adult* (3rd ed., pp. 406-434). New York: Delmar.

Chewsuwan, T. (2014*). Eating in the Elderly*. Retrieved February 22, 2016 from http://www.thaihealth.or.th.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Imoat, P. (2007). *Influencing Factors of Home Care Behaviors by Family Caregivers for Stroke Patients.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Christian University of Thailand. (in Thai).

Ittasakul, P., & Hongsanguansri, S. (2015). "Depression. In Lotrakul, M. & Sukanich, P." *Ramathibodi Essential Psychiatry*. (4nd ed, pp. 167-189). Bangkok: Department of Psychiatry. (in Thai).

Jaroenkul, P. (2012). *Elderly Care*. (2nd ed.). Bangkok: Thai Red Cross Society. (in Thai).

Kalyanee, A., Dangdomyouth, P., & Aumtanee, A. (2015). Selected Factors Relating to Quality of Life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home. *Journal of The Police Nurse*, 7(1): 128-140.

Kannasoot, P. (1992). *Statistics for the Behavioral Sciences Research*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).

Kasantikul, D. (2010). *Mood Disorders.* Retrieved from http://haamor.com/th.

Keawkingkeo, S. (2011). *Psychiatric Nursing.* (2nd ed.). Bangkok: Thammasat University. (in Thai).

Lueboonthavatchai, O. (2013). *Mental Health and Psychiatric Nursing*. (5th ed). Bangkok: V Print. (in Thai).

Lueboonthavatchai, P. (2010). "Depression. In Lueboonthavatchai, O. & Lueboonthavatchai, P." *PsychosocialTtreatment for Depressive Disorder*. (pp.1-27). Bangkok: Tanapress. (in Thai).

Martin, E. (2010). *Depression.* N.p.

Maruish, M. E. (Ed.). (2012). *User's Manual for the SF-12v2 Health Survey* (3 rd ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.

Meesri, K. (2012). Selected Factors Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health,* 26(1): 35- 49. (in Thai).

Miller, C. A. (1999). *Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Mongkol, A., Pimsen, S., & Yordklang, O. (2005). *A Guide to Preventing and Responding to Suicide Risk for Public Health Staff.* Khonkaen: Wvothaiprinting. (in Thai).

Muangpaisan, W. (2013). *Depression.* Retrieved December 19, 2015 from http://www.si.mahidol.ac.th/ project/geriatrics/ knowledge_article/knowledge_healthy_7_009.html.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

Prommoon, P. (2008). *Selected Factors Related to Caregivers' Capabilities in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome in the Pre-Hospitalized Phase*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Prince of Songkla University. (in Thai).

Rotter, J. B. (1996). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied,* 80(1): 1-28.

Ruangtrakul, S. (2011). *Textbook of Group and Family Therapy.* Bangkok: Ruenkaew. (in Thai).

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Mood Disorders. In *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. (10th ed., pp. 527-578). Philadelphia: Lippincott.

Sangruji, S. (2012). *Food for Elderly*. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai).

Sasat, S. (2011). *Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline*. (3rd ed.). Bangkok: Active Print. (in Thai).

Sittipornanun, P. (2007). *Suicide Because of Depression*. Bangkok: Klai Mhor. (in Thai).

Srinonprasert, V. (2015). "Insomnia in Older Persons in Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health" *Geriatric Syndromes*. (pp. 86-93). Bangkok: is august. (in Thai).

Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. (5th ed). Bangkok: You and I Intermedia**.** (in Thai).

Tapin, W. (2010). *Bio-Psycho-Social Factors Associated with Geriatric Health Care Behavior by Geriatric Caregivers.* A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Education in Developmental Phychology, Srinakharinwirot University. (in Thai).

Thaniwattananon, P. (2016). *Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric Syndromes*. Songkhla: Chanmuang Press. (in Thai).

Thongmon, C. (2006). *Selected Factors Related to Family Caregiver Participation in Caring for Older Persons with Chronic Renal Failure*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science, Chulalongkorn University. (in Thai).

Timtong, P. (2007). *Factors Related to Dpendent Care Ability of Caregivers in Stroke Patients*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Nursing (Adult Nursing), Burapha University. (in Thai).

Tuntiamnuay, C. (2007). *Experiences and Needs of Elderly Caregivers with Depression*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University. (in Thai).

Wacharasin, C. (2007). *Theory of Family Nursing*. Chon Buri: Chonburi Printing. (in Thai).

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education & Behavior*, 6(1): 160-170.