ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
Factors Related to Depression of Caregivers of Chronic Disease Patients in Pak Phli District Nakhon Nayok Province

ปฐมพงศ์ จิตร์น้อม พบ.*
Pathompong Chitnom M.D.*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเรื้อรัง ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพลี อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 490 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยดัชนีบาร์เธล 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยและข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 4) แบบสอบถามระดับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 5) แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (2Q) 6) แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนยุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ < .05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 84.9 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.1 การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการของโรคซึมเศร้าที่ระดับน้อยมาก ร้อยละ 88.6 มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10 มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.0 และมีอาการของโรคซึมเศร้าที่ระดับรุนแรง ร้อยละ 0.4 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยพบว่า เพศของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยรื้อรัง (*P*=.003) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง r=-.170, *P*=.000) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (*P*=.043) ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (*P*=.032) และระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (r=.508, *P*=.000)

ผลจากการศึกษาเสนอแนะว่า ควรมีการค้นหาและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังและระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระยะต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยเรื้อรัง

---

* นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก 26130 Email: ton_si091@hotmail.com

Abstract

This correlational descriptive research aimed to study factors related to depression of caregivers of chronic disease patients in Pak Phli District Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 490 caregivers of chronic disease patients at primary care center of Pak Phi Hospital. They were chosen by the Purposive sampling Technique. The research instruments are questionnaires to collect demographic data ,Part 1 of the research tools was a questionnaire about demographic data of patient , part 2 was the Barthel Activity of Daily Living Index, part 3 was the demographic data of caregivers and chronic care information, part 4 was the the Zarit burden interviewer, part 5 was the 2Q depression screening questionnaire, part 6 was the 9Q depression evaluation questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi square and Pearson's product moment correlation.

The result of this study found that caregivers of chronic disease patients had no risk of depression was 84.9 % and had risk of depression was 15.1 %. This study found that 88.6% of sample had no depression. It could be categorized into mild level (10%) moderate level (1%) and severe level (0.4%). The patient's personal factors showed that the patient's gender was related to with depression of the caregivers (P=.003). The activity of daily living of patients related to depression of chronic disease patients caregiver. (r=-.170, *P*=.000) Personal factors of caregivers found that caregivers had cancer was related to with the depression of the caregivers (p=.043).). Effects of patient care on caregiver occupation was related with the to depression of the caregivers. (p=.032). And caregiver burden levels were positively related to with depression levels of the caregivers. (r=.508, p=.000)

Findings suggested that depression should be sought and assessed in caregivers of chronic disease patients including assessing the level of activity of daily living of patients and caregiver burden levels at regular intervals. The researcher proposed that there could be promotional activities to reduce the risk of depression among caregivers of chronic disease patients.

Key word : Depression, Caregiver, Chronic disease patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญด้านการแพทย์ เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ การรักษาและควบคุมโรคระบาด ทำให้มนุษย์อายุยืนมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นพร้อมกับจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากความเสื่อมตามวัย อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นส่งผลจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ทุพพลภาพต้องการการดูแลมากขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้นโยบายการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน ผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนพ้นระยะวิกฤต มีอาการคงที่ ผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา,2557) ส่วนใหญ่หน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยมักตกหนักที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเองต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นับว่าเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าผู้ดูแลปราศจากความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า หรือหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยไปเลย (วัจนา ลีละพัฒนะ,สายพิณ หัตถีรัตน์,2561) การที่ญาติผู้ดูแลต้องประสบกับความเครียดเรื้อรัง จะเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Younhmee K, & Ratche LS.2009) หากไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้ จะส่งผลให้มีภาวะอารมณ์ด้านลบ มีอารมณ์ หดหู่ เศร้าหมอง รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ ในชีวิต ทำให้เกิดภาวะโรคซึมเศร้าตามมา

องค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และธนาคารโลกคาดการณ์ว่า ในปี 2563 จะมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้คนทั่วโลกมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปี 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วโลก 322 ล้าน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ผู้หญิงเสี่ยงป่วยซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2560) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 116,847 คนเท่านั้น สถานการณ์โรคซึมเศร้าจังหวัดนครนายกพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับดังนี้ ปี 2561 จำนวน 3,430 ราย ปี 2562 จำนวน 4,856 ราย ปี 2563 จำนวน 4,262 ราย และสถานการณ์โรคซึมเศร้าอำเภอปากพลีพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับดังนี้ ปี 2561 จำนวน 309 ราย ปี 2562 จำนวน 302 ราย ปี 2563 จำนวน 328 ราย จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย นับว่าโรคซึมเศร้านั้นเป็นปัญหาสำคัญอย่างมากที่ต้องมีการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู เพื่อไม่ให้จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

จากโครงสร้างประชากรของจังหวัดนครนายกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้จังหวัดนครนายกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพต้องการการดูแลมากขึ้น อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งจำเป็นต้องมีญาติผู้ดูแล เพื่อให้พวกเขาเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากข้อมูลสถิติจังหวัดนครนายกพบว่า ปี 2562 มีผู้สูงอายุ 56,897 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.81 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 28,499 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.08 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงจำนวน 1,364 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.78 จำนวน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 447 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.78 สำหรับข้อมูลสถิติอำเภอปากพลีพบว่า มีประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง 4,799 ราย ผู้สูงอายุจำนวน 3,555 รายคิดเป็นร้อยละ 16.38 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1,351 ราย คิดเป็นร้อยละ 38 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.09 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ1.88 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.93 และผู้พิการจำนวน 621 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.68 (อำเภอปากพลี, 2563) ซึ่ง

ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระดูแลสูง ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อภาวะที่เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล การที่ญาติต้องมาทำหน้าที่ของผู้ดูแลทำให้ต้องมีการปรับตัว มีภาระที่มากขึ้น ส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดภาวะโรคซึมเศร้าตามมา ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิและงานบริการเยี่ยมบ้าน เห็นความสำคัญถึงผลกระทบของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เนื่องจากภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต การควบคุมอาการโรคหรือการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอาจเปลี่ยนจากสถานภาพจากผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยได้ หากพวกเขาเหล่านั้นไม่สามารถจัดการปัญหาที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งไม่สามารถเผชิญความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ผู้ศึกษาคาดหวังว่าจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ไม่เกิดผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการการรับบทบาทผู้ดูแล ผลการศึกษาจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมญาติที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนบทบาทผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่บริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลปากพลีและพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดของ Zarit และคณะ (1998) เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

สมมติฐานการวิจัย

1.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2.ระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาเฉพาะในกลุ่มญาติหรือผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตอำเภอปากพลี ที่เป็นพื้นที่บริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ในช่วงเดือน ธันวาคม 2564 ถึงเดือน มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพลี อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์จำนวนตัวแปรที่ศึกษาของ Hair, Black, Babin and Anderson (2010, pp.100-102) คือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรเพื่อให้มีความเหมาะสมในการวัดควรเป็นอย่างน้อย 20 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร หรือ 50 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร และเพิ่ม 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 440 รายเป็นอย่างน้อย และเพิ่มตามเกณฑ์ร้อยละ 10

เพื่อป้องกันการสูญหายและออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมจากการวิเคราะห์ และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 50 ราย ในการวิจัยในครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 490 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1.เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

2.มีสติสัมปชัญญะดี มองเห็น ได้ยิน สื่อสารได้ สามารถเข้าใจภาษาไทย และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

3.ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1.เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างหรือมีค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและเป็นผู้ดูแลโดยอาชีพ

2.ผู้ดูแลที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง

2.แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยดัชนีบาร์เธล

3.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยและข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

4.แบบสอบถามระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zaritburden Interview)

5.แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

6.แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล 9 คำถาม (9Q)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยและข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบสอบถามระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ ได้ค่า CVI ของทุกแบบสอบถาม มีค่าระหว่าง 0.80 – 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability**)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเที่ยง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยและข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80,.85,.80,.82,.85,.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาประสานงานกับหัวหน้าหน่วยบริการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยเก็บข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 10 แห่ง สัมภาษณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในหน่วยบริการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ได้ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องก่อนนำข้อมูลออกจากพื้นที่บริการที่ทำการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Sqaure) สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก เอกสารเลขที่ NPHO 2022-014

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังและข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังและ จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(N=490)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			เพศ		
หญิง	303	61.8	หญิง	372	75.9
ชาย	187	38.2	ชาย	118	24.1
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)		
กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)	85	17.3	กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี	41	8.4
กลุ่มสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	405	82.7	กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	246	50.2
(อายุเฉลี่ย 73 ปี SD=13.018)			กลุ่มอายุ 35 - 59 ปี	203	41.1
			(อายุเฉลี่ย 56 ปี SD= 15.118)		
สถานภาพสมรส			สถานภาพสมรส		
โสด	51	10.5	โสด	74	15.1
คู่	218	44.5	คู่	324	66.1
หม้าย	201	41.0	หม้าย	62	12.7
แยกกันอยู่	12	2.4	แยกกันอยู่	20	4.1
หย่าร้าง	8	1.6	หย่าร้าง	10	2.0
ระดับการศึกษา			ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	40	8.2	ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	1.4
ระดับประถมศึกษา	355	72.4	ระดับประถมศึกษา	216	44.1
ระดับมัธยมศึกษา	65	13.3	ระดับมัธยมศึกษา	161	32.9
ระดับอนุปริญญา	11	2.2	ระดับอนุปริญญา	36	7.3
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	19	3.9	ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	51	10.4
			อื่นๆ	19	3.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	115	23.5	ไม่มีรายได้	61	12.5
น้อยกว่า 5,000 บาท	272	55.5	น้อยกว่า 5,000 บาท	204	41.6
5,001ถึง10,000 บาท	74	15.1	5,001-10,000 บาท	148	30.2
มากกว่า 10,000 บาท	29	5.9	มากกว่า 10,000 บาท	77	15.7
แหล่งที่มาของรายได้			อาชีพ		
ญาติสายตรง	195	39.8	ไม่ได้ทำงาน	125	25.5
ญาติพี่น้องอื่นๆ	23	4.7	รับจ้าง	155	31.6
ค่าเช่า ดอกเบี้ย เงินบำนาญ	18	3.7	รับราชการ	21	4.3
อื่นๆ (รัฐสวัสดิการ)	254	51.8	ธุรกิจส่วนตัว	30	6.1
			อื่นๆ (เกษตรกรรม)	159	32.5

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังและ จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(N=490) ต่อ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว			ความเพียงพอของรายได้		
ครอบครัวเดี่ยว	355	72.4	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	205	41.8
ครอบครัวขยาย	135	27.6	เพียงพอแต่มีหนี้สิน	106	21.6
			เพียงพอมีเหลือเก็บ	85	17.3
			ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	94	19.3
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย	67	13.7	สามี/ภรรยา	150	30.6
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	49	10.0	พ่อแม่	83	16.9
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	80	16.3	บุตร	158	32.2
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	75	15.3	ญาติพี่น้อง	45	9.2
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด	219	44.7	เพื่อนบ้าน	15	3.1
			อื่นๆ (หลาน)	39	8.0
			ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล		
			ไม่มีปัญหาสุขภาพ	204	41.6
			โรคความดันโลหิตสูง	175	35.7
			โรคเบาหวาน	61	12.4
			โรคไขมันในเลือดสูง	98	20.0
			โรคข้อและกระดูก	61	12.4
			อื่นๆ (โรคมะเร็ง)	78	15.9

ผู้ป่วยเรื้อรังที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.8 เพศชายร้อยละ 38.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 82.7 อายุ 15-59 ปี ร้อยละ 17.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.5 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 72.4 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55.5 แหล่งที่มาของรายได้จากรัฐสวัสดิการร้อยละ 51.8 ครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 72.4

ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยดัชนีบาร์เธลพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดร้อยละ 44.7 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางร้อยละ 16.3 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมากร้อยละ 15.3 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลยร้อยละ 13.7 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อยร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.9 เพศชาย ร้อยละ 24.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.2 อายุ 35-59 ปี ร้อยละ 41.1 อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 8.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.1 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 44.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 41.6 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 41.8 ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยเองร้อยละ 32.1 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยาร้อยละ 30.6 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 41.6 มีปัญหาด้านสุขภาพร้อยละ 58.4 โดยพบว่าเป็นความโรคดันโลหิตสูงร้อย 35.7 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 20.0 โรคมะเร็ง ร้อยละ 15.9 โรคเบาหวานร้อยละ 12.4 โรคกระดูกและข้อร้อยละ 12.4 ตามลำดับ

2.ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N=490)

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	225	45.9
ตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป	265	54.1
จำนวนปีที่เป็นผู้ดูแล		
น้อยกว่า 5 ปี	171	34.9
มากกว่า 5 ปี	319	65.1
ผลของการดูแลต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล		
ไม่มีผลต่องาน	317	64.7
ทำงานเดิมได้น้อยลง	147	30.0
ต้องเปลี่ยนงานใหม่	3	0.6
ต้องออกจากงานเดิมและยังไม่มีงานใหม่	23	4.7
ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง		
ไม่มีภาระการดูแล	362	73.9
มีภาระการดูแลระดับต่ำ	80	16.3
มีภาระการดูแลระดับปลานกลาง	38	7.8
มีภาระการดูแลระดับสูง	10	2.0

ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวันตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 54.1 จำนวนปีที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.1 ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่องาน ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ ทำงานเดิมได้น้อยลง ร้อยละ 30.0 ต้องออกจากงานเดิมและยังไม่มีงานใหม่ ร้อยละ 4.7 ต้องเปลี่ยนงานใหม่ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ความเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่คิดเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระการดูแลร้อยละ 73.9 ภาระการดูแลระดับต่ำร้อยละ 16.3 ภาระการดูแลระดับปานกลางร้อยละ 7.8 และภาระการดูแลระดับสูงร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

3.ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N=490**)**

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	416	84.9
มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	74	15.1
รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง	46	9.4
รู้สึกเบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลิน	73	14.9

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 84.9 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.1 โดยผู้ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังรู้สึกเบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลินร้อยละ 14.9 รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังร้อยละ 9.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (N=490)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	434	88.6
มีอาการของโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (7-12 คะแนน)	49	10.0
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปลานกลาง (13-18 คะแนน)	5	1.0
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (>19 คะแนน)	2	0.4

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรืออาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากร้อยละ 88.6 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.0 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 1.0 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

4.ความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N=490)

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
เพศผู้ป่วย					14.227	.003
ชาย	154(82.4)	2(14.4)	4(2.1)	2(1.1)		
หญิง	280(92.4	22(7.3	1(0.3)	0(0.0)		
สถานภาพสมรส					18.498	.101
โสด	42(82.4)	8(15.7)	1(2.0)	0(0.0)		
คู่	190(87.2)	24(11.0)	3(1.4)	1(0.5)		
หม้าย	183(91.0)	17(8.5)	0(0.0)	1(0.5)		
แยกกันอยู่	12(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
หย่าร้าง	7(87.5	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)		
การศึกษาสูงสุด					12.912	.375
ไม่ได้เรียนหนังสือ	37(92.5)	3(7.5)	0(0.0)	0(0.0)		
ประถมศึกษา	319(89.9)	32(9.0)	2(3.1)	1(0.3)		
มัธยมศึกษา	52(80.0)	10(15.4)	0(0.0)	1(1.5)		
อนุปริญญา	11(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ปริญญาตรี	15(78.9)	4(21.1)	0(0.0)	0(0.0)		
รายได้ผู้ป่วย					3.270	.935
ไม่มีรายได้	98(85.2)	14(12.2)	2(1.7)	1(0.9%)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	243(89.3)	26(9.6)	2(0.7)	1(0.4%)		
5,001ถึง10,000 บาท	67(90.5)	6(8.1)	1(1.4)	0(0.0%)		
มากกว่า 10,000 บาท	26(89.7)	3(10.3)	0(0.0)	0(0.0%)		
แหล่งรายได้					16.186	.063
ญาติสายตรง	167(85.6)	24(12.3)	3(1.5)	1(0.5)		
ญาติพี่น้องอื่นๆ	17(73.9)	6(26.1)	0(0.0)	0(0.0)		
ค่าเช่าดอกเบี้ยเงินบำนาญ	16(88.9)	1(5.6)	1(5.6)	0(0.0)		
อื่นๆ (รัฐสวัสดิการ)	234(92.1)	18(7.1)	1(0.4)	1(0.4)		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(N=490) ต่อ

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
ลักษณะครอบครัว					1.202	.753
ครอบครัวเดี่ยว	312(87.9)	37(10.4)	4(1.1)	2(0.6)		
ครอบครัวขยาย	122(90.4)	12(8.9)	1(0.7)	0(0.0)		

วิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าเพศของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=.003)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(N=490)

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
เพศผู้ดูแล					3.631	.304
ชาย	110(93.2)	7(5.9)	1(0.8)	0(0.0)		
หญิง	324(87.1)	42(11.3)	4(1.1)	2(0.5)		
สถานภาพการสมรส					11.006	.528
โสด	61(82.4)	12(16.2)	1(1.4)	0(0.0)		
คู่	293(90.4)	27(8.3)	2(0.6)	2(0.6)		
หม้าย	53(85.5)	8(12.9)	1(1.6)	0(0.0)		
แยกกันอยู่	17(85.0)	8(12.9)	1(1.6)	0(0.0)		
หย่าร้าง	10(100)	1(5.0)	1(5.0)	0(0.0)		
ระดับการศึกษาสูงสุด					15.317	.429
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ประถมศึกษา	184(85.2)	28(13.0)	3(1.4)	1(0.5)		
มัธยมศึกษา	148(91.9)	12(7.5)	0(0.0)	1(0.6)		
อนุปริญญา	33(91.7)	2(5.6)	0(0.0)	0(0.0)		
ปริญญาตรี	44(86.3)	7(13.7)	0(0.0)	0(0.0)		
อื่นๆ	18(94.7)	0(0.0)	1(5.3)	0(0.0)		
รายได้ของผู้ดูแล					12.066	.210
ไม่มีรายได้	53(86.9)	7(11.5)	1(1.6)	0(0.0)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	172(84.3)	26(12.7)	4(2.0)	2(1.0)		
5,001ถึง10,000 บาท	139(93.9)	9(6.1)	0(0.0)	0(0.0)		
มากกว่า10,000	70(90.9)	7(9.1)	0(0.0)	0(0.0)		
อาชีพของผู้ดูแล					13.731	.318
ไม่ได้ทำงาน	104(83.2)	18(14.4)	1(0.8)	2(1.6)		
รับจ้าง	144(92.9)	10(6.5)	1(0.6)	0(0.0)		
รับราชการ	18(85.7)	3(14.3)	0(0.0)	0(0.0)		
ธุรกิจส่วนตัว	28(93.3)	2(6.7)	0(0.0)	0(0.0)		
อื่นๆ(เกษตรกรรม)	140(88.1)	16(10.1)	3(1.9)	0(0.0)		

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(N=490) ต่อ

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
ความเพียงพอของรายได้					9.203	.419
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	181(88.3)	21(10.2)	2(1.0)	1(1.5)		
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	100(94.3)	6(5.7)	0(0.0)	0(0.0)		
เพียงพอมีเหลือเก็บ	76(89.4)	8(9.4)	1(1.2)	0(0.0)		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	77(81.9)	14(14.9)	2(2.1)	1(1.1)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					7.094	.955
สามี/ภรรยา	134(89.3)	13(8.7)	2(1.3)	1(0.7)		
พ่อ แม่	75(90.4)	6(7.2)	1(1.2)	1(1.2)		
บุตร	140(88.6)	17(10.8)	1(0.6)	0(0.0)		
ญาติพี่น้อง	40(88.9)	5(11.1)	0(0.0)	0(0.0)		
เพื่อนบ้าน	13(86.7)	2(13.3)	0(0.0)	0(0.0)		
อื่นๆ(หลาน)	32(82.1)	6(15.4)	1(2.6)	0(0.0)		
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล						
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	183(89.7)	20(9.8)	1(0.5)	0(0.0)	2.454	.484
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	154(88.0)	17(9.7)	2(1.1)	2(1.1)	3.672	.299
เป็นโรคเบาหวาน	57(93.4)	3(4.9)	0(0.0)	1(1.6)	5.285	.152
เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	86(87.8)	10(10.2)	1(1.6)	0(0.0)	1.139	.768
เป็นโรคข้อและกระดูก	48(78.7)	12(19.7)	2(2.1)	0(0.0)	7.832	.050
อื่นๆ(เป็นโรคมะเร็ง)	69(88.5)	6(7.7)	3(3.8)	0(0.0)	8.132	.043

วิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่มีความความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=.043)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N=490)

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
จำนวนชั่วโมงที่ดูแล					3.789	.285
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	201(89.3)	19(8.4)	31.3)	2(0.9)		
12 ชั่วโมงขึ้นไป	233(87.9)	30(11.3)	2(0.8)	0(0.0)		
จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย					1.610	.657
น้อยกว่า 5 ปี	150(87.7)	17(9.9)	3(1.8)	1(0.6)		
มากกว่า 5 ปี	284(89.0)	32(10.0)	2(0.6)	1(0.3)		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N=490) ต่อ

ตัวแปร	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	ค่า Chi-square	P value
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล					18.266	.032
ไม่มีผลต่องาน	289(91.2)	27(8.5)	0(0.0)	1(0.3)		
ทำงานเดิมได้น้อยลง	121(91.2)	20(13.6)	5(3.4)	1(0.7)		
ต้องเปลี่ยนงานใหม่	2(66.7)	10(6.3)	1(0.6)	1(0.5)		
ออกจากงานเดิมยังและไม่มีงาน ใหม่	22(95.7)	1(4.3)	0(0.0)	0(0.0)		

วิเคราะห์ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=.032)

ตารางที่ 8 ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านการดูแล กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (N = 490)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุผู้ป่วย	.031	.498
อายุผู้ดูแล	.070	.124
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย	-.170**	.000
ระดับความเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูผู้ป่วยเรื้อรัง	.508**	.000

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.508,p=.000) และพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.170,p=.000) แต่พบว่า อายุของผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (r=.031,P=.498) และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (r=.508,P=.124)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอปากพลี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

2.ระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอปากพลี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า(ร้อยละ 12.4) มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ2.7) ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า มีภาวะโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากร้อยละ 88.6 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 1.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 0.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง ร้อยละ 14.5

รองลงมาคือ หลับยาก หลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป ร้อยละ 13.7 และมีสมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ ร้อยละ 11.4 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และมีภาวะเครียดจากการให้การดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเกิดปัญหาเรื่องการนอน นอนไม่หลับ ความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของดนุวัศ ศศิภิญโญ (2559) ได้ศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 15.9 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ เพศ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเพศของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน ความคาดหวังของสังคมเป็นตัวกดดันผู้ชายให้ไม่แสดงอารมณ์เศร้าพยายามเก็บความรู้สึกและพยายามต่อสู้ด้วยตนเอง ทำให้คนรอบข้างดูไม่ออก (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2559) สังคมไทยมักจะมองภาพของเพศชายว่าเป็นเพศที่เข้มแข็ง เป็นผู้นำ ทำให้การแสดงความซึมเศร้าออกมาได้ยาก ขณะเดียวกันเพศหญิงมักจะถูกเลี้ยงดูสั่งสอนให้มีหน้าที่ทำงานบ้าน ดูแลบุคคลในครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย เพศหญิงจึงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในระดับสูง (จินตนา สุวิทวัส, 2552) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิงให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกได้มากนักส่งผลให้มีความกดดัน เครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (r=-.170,p=.000) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยในระดับมาก จะทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลน้อยลง เพราะผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ทำให้มีกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระงานที่หนัก เหนื่อยล้า เครียด นอนไม่หลับ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับหน้าที่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่หนักหน่วง ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจึงเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย จูลเมตต์ (2560) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 8 (r2=.08, p<.01) และการศึกษาของ Kruithof, Post, Van Mierlo, Van Den Bosc, De Man-Van Ginkel & Visser-Meily (2016) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับกิจกรรมการดูแล รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวัฑโฒ (2559) พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อพิจารณารายโรคพบว่า ผู้ดูแลที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ดูแลที่มีปัญหาทางสุขภาพจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ นอกจากนี้ความรุนแรงของผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ดูแลยังขึ้นกับระยะของโรคอีกด้วย ผู้ดูแลที่เป็นโรคมะเร็งผลกระทบทางกายภาพจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อระยะมากขึ้น (Hauser JM, Kramer BJ, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรมณฑ์ ลำเลียงพล (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางสุขภาพกายจะมีความสัมพันธ์ระดับสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างชัดเจน

ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล และระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลจะทำ

ให้บทบาทหน้าที่งานประจำต้องลดลง เพราะต้องใช้เวลากับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดเมื่อพบว่าการเป็นผู้ดูแลทำให้ตนเองทำงานได้ลดลง หรือต้องออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลทำให้ตัวผู้ดูแลหลักเองสูญเสียรายได้ (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2562) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องระยะเวลายาวนานส่งผลต่อการทำงานของผู้ดูแลทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด ความทุกข์ทรมานทางใจ และมีภาวะซึมเศร้าตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวัฑโฒ (2559) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ได้รับแต่เบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องดูแลกันเอง ลูกส่งเงินมาให้ไม่สม่ำเสมอ ญาติพี่น้องจะไม่ค่อยได้ให้ความช่วยเหลือเรื่องเงิน ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานที่ทำประจำทำให้ค่าใช้จ่ายไม่พอกับรายรับ เงินออมที่มีก็เริ่มหมดไป ทำให้เกิดความเครียดมากจนเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (r=.508, p=.000) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อันเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เมื่อผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเรื้อรังก็อาจจะส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจอย่างมาก ส่งผลกระทบทางด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit, 2008) สอดคล้องการศึกษาของกัญญาณัฐ สุภาพร (2562) ศึกษาภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน พบว่า ผลกระทบจากการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในการเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงิน ยิ่งกว่านั้นภาระในการดูแลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในคนกลุ่มนี้ได้ ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขควรมีการค้นหาและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื่อรังเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย เช่นด้านโภชนาการ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

3. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดรายได้และลดภาระของผู้ดูแล และเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่อรังเพื่อให้มองเห็นถึงความมีคุณค่าจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค

2. ศึกษาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง และมีการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล เพื่อทราบถึงข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย และสามารถให้โปรแกรมที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงด้วยระบบขอคำปรึกษาออนไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง

4. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยดัชนีบาร์เธล(The Barthel index of activities of daily living)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพรส.

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2555). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กัญญาณัฐ สุภาพร. (2562). ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. *วารสารเกื้อการุณย์*; *27*(1), 154-158

จินตนา สุวิทวัส. (2552). ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ; 34*(3), 23-29

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.*วารสารการพยาบาลและการศึกษา*; *4*(1), 62-70

เชิดชาย ชยวัฑโฒ. (2559). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5; 35*(1), 14-26.

ดนุวัศ ศศิภิญโญ (2559). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิต).จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ

พชรมณฑ์ ลำเลียงพล. (2558). ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*; *23*(2), 112-124.

พรชัย จูลเมตต์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*; *4*(3), 104-112.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. (2559*). สิ่งควรรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เบอร์ลี่ ยุคเกอร์ จำกัด.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง:กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*; *29* (4), 22-31

วัจนา ลีละ พัฒนะ, สายพิณ หัตถีรัตน์. *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว.* สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4

อำเภอปากพลี. (2563). ข้อมูลทั่วไปอำเภอปากพลี. สืบค้นจาก https://ww2.nakhonnayok.go.th/amphur_content/cate/3

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.

Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2012). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). New York: Pearson Education International.

Hauser JM, Kramer BJ. (2004)**.** Family caregivers in palliative care**.** *Clin Geriatr Med***;** *20*(4), 671-88

Kruithof, W. J., Post, M. W. M., Van Mierlo, M. L., Van Den Bosc, G. A. M., De Man-Van Ginkel, J. M. & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Caregiver Burden and Emotional Problems in Partners of Stroke Patients at Two Months and One Year Post-Stroke: Determinants and Prediction. *Patient Education and Counseling*; 99, 1632–1640.

Younhmee K, & Ratche LS. (2009). Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncol*; 19, 431-40

Zarit, S.,& Femia, E. (2008). Behavioral and Psychosocial Interventions for Family Caregivers. Journal of Social Work Education, 44(3), 47-53.

Zarit, S. H., et al. (1998). Stress reduction for family caregiver: Effects of adult day care use. Journal of Gerontology B Social Science, 53(5), 276-277.