



ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons
with Major Depressive Disorder

ธมลวรรณ สีนาค
Tamonwan Seenak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons
with Major Depressive Disorder

ธมลวรรณ สีนาค

Tamonwan Seenak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 ผู้เขียน นางสาวธมลวรรณ สีนาค
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรัมย์)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรัมย์)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวธมลวรรณ สีนาค)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวธมลวรรณ สีนาค)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
ผู้เขียน	นางสาวธมลวรรณ สีนาค
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า 3) แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 4) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 5) แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และ 6) แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3, 5, และ 6 โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = 0.66$) ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.7 ($R^2 = .227$, $p < .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ($\beta = .474$, $p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

Thesis Title	Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons with Major Depressive Disorder
Author	Miss Tamonwan Seenak
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2016

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 received treatment at two psychiatric hospitals in southern Thailand. The research instruments consisted of 6 parts: 1) Demographic data of caregivers, 2) Demographic data of persons with MDD, 3) The Short Form Health Survey (SF-12), 4) Perceptions on severity of disease questionnaire, 5) Internal locus of health control questionnaire, 6) Caregivers' capabilities in caring for older persons with MDD questionnaire. The content validity of all parts was verified by three experts. The reliability of parts 3, 5, and 6 were tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .80, .85 and .93 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic. The predictability of the selected factors was analysed using multiple linear regression.

The results showed that caregivers' capabilities in caring for older persons with MDD was at a moderate level ($M = 3.58, SD = 0.66$). Predictive factors could explain 22.7 percent ($R^2 = .227, p < .01$). The factor that significantly predicted capabilities was internal locus of health control ($\beta = .474, p < .01$). 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.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดี
 ยิงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว และอาจารย์ที่
 ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษิ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้
 คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงข้อบกพร่อง
 ต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ และ
 ซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์ และนางเสาวภา ปานเพชร ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบ
 เครื่องมือ ความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์ และนางสาวธารินันท์
 ลีลาธิวานนท์ ที่ให้คำแนะนำในการสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอ
 แนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้
 ข้อมูลที่มีค่าสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนๆ ร่วม
 หลักสูตรและกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่เป็นพลังและกำลังใจอันยิ่งใหญ่ คอยให้ความช่วยเหลือ คอยให้
 คำปรึกษา ให้กำลังใจและห่วงใยกันเสมอมา จนทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้

ธมลวรรณ สีนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์การวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า.....	11
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า.....	23
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล.....	26
ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า.....	34
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	50
ผลการวิจัย.....	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	67
เอกสารอ้างอิง.....	68
ภาคผนวก.....	74
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	75
ข โครงสร้างแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	84
ค การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	87
ง การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	93
ฉ ใบอนุญาตการขอให้เครื่องมือ.....	100
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ประวัติผู้เขียน.....	104

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	51
2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	53
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	55
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึมเศร้าและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	56
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล.....	56
6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนกับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	57
7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรค ซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ.....	58
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านโภชนาการ.....	89
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการนอนหลับพักผ่อน.....	89
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย.....	90
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการขับถ่าย.....	90
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการป้องกันอุบัติเหตุ.....	91
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านสุขอนามัย.....	91

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า.....	92
15	แสดงการกระจายของข้อมูลอายุ.....	93
16	แสดงการกระจายของข้อมูลระยะเวลาในการดูแล.....	94
17	แสดงการกระจายของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล.....	94
18	แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	94
19	แสดงการกระจายของข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ.....	95
20	แสดงการกระจายของข้อมูลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	95

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	8
2	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างอายุ กับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.....	96
3	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความ สามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า.....	96
4	การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า.....	97
5	การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัว แปรพยากรณ์.....	98

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ (พีรพนธ์, 2553) โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ โดยมีอายุของการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 20-50 ปี (Sadock & Sadock, 2007) มักจะมีแนวโน้มที่จะป่วยนานและเรื้อรังประมาณร้อยละ 15-20 และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ค่อนข้างสูง ร้อยละ 50-75 (มาร์ติน, 2553) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีการดำเนินของโรคไปจนถึงวัยสูงอายุ และในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้โดยพบร้อยละ 10-13 (วิรัชศักดิ์, 2556) จากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 (ชรฉินทร์และคณะ, 2551) พบว่า สัดส่วน เพศหญิงต่อเพศชายที่เป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 1.6:1 ซึ่งเพศหญิงพบได้ตั้งแต่อายุ 45 ปีเป็นต้นไปและพบมากที่สุดช่วงอายุ 55-59 ปี ส่วนเพศชายจะพบตั้งแต่อายุ 35 ปีเป็นต้นไป และพบมากที่สุดช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากโรคซึมเศร้าพบร้อยละ 70 อัตราการเสียชีวิตของผู้ชายอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปจะสูงกว่าประชากรทั่วไป 5 เท่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นผู้ชาย และร้อยละ 75 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้หญิง (สมภพ, 2554)

การเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีความเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่างๆเริ่มลดลง (พรรณธร, 2555) การดำเนินโรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง (Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008) ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าแต่ละคนอาจแตกต่างกันทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า ที่ประกอบด้วยอาการ 4 ด้าน คือ ด้านอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เบื่อหน่าย ด้านความคิด เช่น เหม่อลอย เชื่องช้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ถูกทอดทิ้ง มีความคิดอยากตาย และด้านพฤติกรรม เช่น พูดน้อย คิดนาน ซึม แยกตัว และลงมือฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านการทำกิจกรรม

และการออกกำลังกาย 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย 6) ด้านสุขอนามัย และ 7) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ชนพร, 2557; ปุณยภพ, 2550; เพลินพิศ, 2559; ลิวัรรณ, 2553; วชิราพรรณ, 2553; วราลักษณ์, 2558; ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2557; สุพัตรา, 2555; สุวนีย์, 2554)

จากความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลตามความจำเป็นและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่คือ บุคคลในครอบครัวจึงต้องเป็นผู้ที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่เป็นแบบทางการ หากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากแนวคิดการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) สามารถอธิบายได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถของผู้ให้การดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะระดับความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยที่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่โอเร็มระบุว่าพัฒนามาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในการศึกษารุ่นนี้ จึงหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่การวางแผน การติดตามและประเมินผลกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล และอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีอิทธิพลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วย ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดั่งนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตซึ่งความสามารถของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีอายุต่างกัน ความสามารถในการดูแลก็มีความแตกต่างกันโดยความสามารถในการดูแลของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามวัยและจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จึงจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแล จะเป็นข้อจำกัดที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความ

รับผิดชอบ จะแปร เปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแล จะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียด และเกิดปัญหากับตัวผู้ดูแลเอง ซึ่งตามแนวคิดความเชื่อสุขภาพของแจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลรับรู้โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีผลต่อจิตใจ หรือมีผลกระทบต่ออบทบาททางสังคม เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว เป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และหากผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพผู้ดูแลจะมีความกระตือรือร้น มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล มีดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และมีประสบการณ์ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (แก้วตา, 2554) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56$) ซึ่งผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและเมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (เอมิกา, 2556) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56$) (แก้วตา, 2554) ระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$) ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแล จะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล (ภรภัทร, 2550) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$) (พัชรี, 2551) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่าการกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็น โรคเรื้อรังที่รุนแรง รักษาไม่หายขาด และต้องรักษาต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ว่ารุนแรง จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ โดยเฉพาะความรู้และคำแนะนำที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ($r = .52$) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม

มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในบุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบ ให้สัมฤทธิ์ผล (วชิราพรณ, 2553)

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการศึกษานี้เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช เช่น ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง เด็กสมาธิสั้น ผู้ติดยา ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต และผู้ป่วยจิตเภท (แก้วตา, 2554; ประกอบพร, 2550; พงษ์, 2551; สนธิยา, 2550; สุวิมล, 2550; ลำอานงค์, 2550; หทัยชนก, 2553; อนุ, 2549; อุดมศักดิ์, 2550) และพบการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคต่างๆ เช่น ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (ชรรัตน์, 2550; ชลาทิพย์, 2549; เตือนใจ, 2548; เนตรชนก, 2551; ราพรณ, 2552) ซึ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้ายังพบได้น้อย และพบว่ามีงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลกว้างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยที่ศึกษา คือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยใช้ทฤษฎีของโอเรมในส่วนของปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ด้วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นโรคที่ป่วยนานและเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแล นอกจากปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ปัจจัยอื่นๆ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลางซึ่งน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ตลอดจนเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีของโอเรียม (Orem, 2001) โดยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent-care agency) ซึ่งเป็นความสามารถของผู้ให้การดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพานั้นหมายถึง การดูแลบุคคลที่เกิดข้อจำกัด เกิดความพร่องในการดูแลตนเองอาจถูกกระทบจากภาวะสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามรถจะใช้ได้เลย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย มีข้อจำกัดในการรู้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม มีข้อจำกัดในการพิจารณาและตัดสินใจและมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมการดูแล ทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการแห่งวัย

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลในการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย 2) พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่จงใจของผู้ดูแลและ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนและความสามารถในการลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติโดยเนื่องจากต้องการอธิบายปัจจัยที่เป็นเหตุสำคัญ นำไปสู่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้แนวคิดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานมากกว่าพลังความสามารถ 10 ประการที่ไม่ได้ระบุถึงปัจจัยที่เฉพาะเจาะจง และผู้วิจัยศึกษาเฉพาะระดับความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยที่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่โอเรียมระบุว่าพัฒนามาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ จึงหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ

การดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่การวางแผน โดยการเตรียมตัวเอง วัสดุสิ่งของ หรือสิ่งแวดล้อม การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่อย่างไร เพื่อการปรับเปลี่ยนแก้ไขและยึดเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจึงประเมินได้จากการวางแผน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นการดูแลตามลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยอาการ 4 ด้าน คือ ด้านอาการทางกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ การดูแลด้านอาการทางกาย ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านโภชนาการเป็นการดูแลด้านการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ชนพร, 2557; ปุณยภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553; ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2557; สุพัตรา, 2555) 2) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (ปุณยภพ, 2550; เพลินพิศ, 2559; ลิวรรณ, 2553; วราลักษณ์, 2558) 3) การดูแลด้านการขับถ่าย เป็นการดูแลในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย (ลิวรรณ, 2553) และ 4) การดูแลด้านสุขอนามัย เป็นการดูแลสุขอนามัยทางด้านร่างกายและป้องกันความไม่สุขสบายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ลิวรรณ, 2553; สุวนีย์, 2554) การดูแลด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การดูแลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นการดูแลด้านจิตใจและการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า (ปุณยภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553; สุวนีย์, 2554) การดูแลด้านความคิด ประกอบด้วย การดูแลด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นการดูแลและกระทำเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและอุบัติเหตุที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (ปุณยภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553) การดูแลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การดูแลด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบและออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย (ปุณยภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553)

นอกจากนี้โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้คตินั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ การตัดสินใจในเรื่องต่างๆและมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถ

ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001)

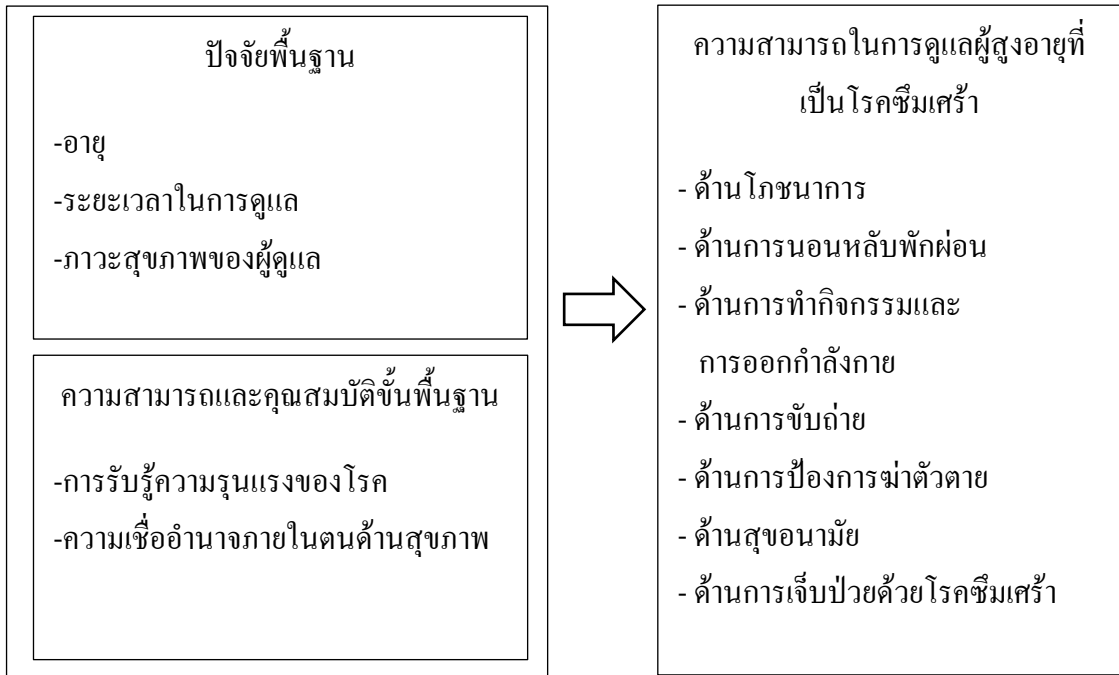
ระยะเวลาในการดูแล จัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของปัจเจกพื้นฐานของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแล ช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดเป็นความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล (Riffle อ้างตาม ชลาทิพย์, 2549) และอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายเกิดความเครียด และเพิ่มความรู้สึกลำบากในการดูแลมากขึ้น (Schott-Baer, 1993)

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ จะทำให้ศักยภาพของผู้ดูแลลดลงจนกระทั่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่เป็นส่วนหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในส่วนความสามารถในการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การที่บุคคลรับรู้โรคที่เกิดขึ้นอาจทำอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีผลต่อจิตใจ หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว เป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Janz & Becker, 1984)

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เป็นส่วนหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในส่วนความตั้งใจ ความเข้าใจและการยอมรับตนเอง การที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งเหตุการณ์ทางบวกและเหตุการณ์ทางลบเป็นผลจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นั้น บุคคลกลุ่มนี้จะมีภาวะกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในบุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล (Rotter, 1996)

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน เมื่อปัจจัยพื้นฐานของบุคคลเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อความสามารถในการดูแล และผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นผลให้บุคคลมีความรู้ และการค้นพบปัญหาหรือความต้องการการดูแลของผู้อื่น รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย



ภาพ 1. กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

นิยามศัพท์การวิจัย

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ดูแลเกี่ยวกับระดับของการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมที่เป็นการดูแล ตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยทำนาย หมายถึง ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ได้แก่

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการแบบสอบถาม โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นวัน เดือน ปีที่ผู้ดูแลปฏิบัติหน้าที่ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการแบบสอบถาม

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เอสเอฟ 12 Short Form Health Survey (SF-12) ฉบับภาษาไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้จากองค์กร Quality Metric Incorporated (Ware, et al., 2009) (ภาคผนวก จ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ อาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง ความเชื่อของผู้ดูแลที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่เกิดจากการกระทำหรือความสามารถของผู้ดูแลเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของวอลสตัน, วอลสตัน, และ ดีวัลลิส (Wallston, Wallston, & Devellis, 1978) ซึ่งแปลโดยกรรมกรัง และพัฒนาโดยวิชาพรธม (2553) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง เก็บข้อมูลช่วงเดือน กรกฎาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำราต่างๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 1.1 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 1.4 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.2 การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
3. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.1 ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรียม
 - 3.2 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 3.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
5. สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักพบบ่อย และการวินิจฉัยทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วยและบ่อยครั้งอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ ผู้ป่วยไม่รู้ตัว อาจ ส่งผลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำบ่อย อาการของโรครุนแรงขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว คนใกล้ชิดและผู้ดูแล (พีรพนธ์, 2553)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามการจำแนก โรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) หรือ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10 th Revision) ซึ่งโรคซึมเศร้าจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder: MDD) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ซึ่งมีความแตกต่างกันที่ความรุนแรง และระยะเวลาในการดำเนินโรค ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมากบางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมต่างๆที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม (น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ
5. ทำกิจกรรมต่างๆช้า พุดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวเชื่องช้า บางรายมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล
8. สมาธิลดลง ลังเลใจ
9. คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ บางรายพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ในบางรายที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน หนูแ้ว ได้ยินเสียงคนพูดคำหยาบคายหรือหลงผิดว่าทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดี แกล้งทำให้ตนล้มเหลว หากมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และมีอาการไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ถือว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว

อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-V หรือ ICD-10 ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด กระจวนกระจาย อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย บางรายอาจมีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่จะมีลักษณะเด่นคือ มักแสดงออกในลักษณะของอาการเจ็บป่วยทางกาย โดยจะมีอาการคิดว่าตนเองเจ็บป่วย เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆของร่างกาย วิตกกังวล หรือปัญหาด้านความจำ ซึ่งเมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่าอาการอื่นๆของโรคซึมเศร้าวางด้วย โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันดังนี้ (ดวงใจ, 2553; ประเสริฐ, 2554; พิชัยและศิริไชย, 2558; พิรพนธ์, 2553; อรพรรณ, 2556)

อาการทางกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นทำให้กินมากกว่าปกติ ท้องผูก ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป นอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับมาก ตื่นตอนดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ เหนื่อยง่าย สมรรถภาพการทำงานลดลง ความต้องการทางเพศลดลงซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่เบิกบาน ใจคอเศร้าหมอง สะเทือนใจ หงุดหงิด โกรธง่าย ซึ่งพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย รู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความวิตกกังวลสูงและมักเกิดความกลัว สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย กระจวนกระจายใจ โดยอารมณ์เหล่านี้จะเป็นเกือบทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

อาการด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่ง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่าน เชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง แม้ว่าผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดอยากตาย

อาการทางพฤติกรรม เช่น อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน ซึม เคลื่อนไหวช้า รายที่มีอาการรุนแรงจะเคลื่อนไหวน้อยมาก จนแทบไม่ขยับเนื้อตัว บางรายนั่งไม่พุด อยู่เฉยๆ อยู่นานๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด นั่งไม่ติด อยู่เฉยไม่ได้ ลุกเดินไปมา ไม่เข้าสังคม แยกตัว ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและกระทำการฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจมีอาการโรคจิตหรือวิกลจริต ได้แก่ อาการหลงผิด เช่น คิดว่าตนมีความผิด มีบาป ควรไปตายเสีย บางรายมีอาการประสาทหลอน หนูแว่ว เป็นเสียงคนตำหนิติเตียน หรือนินทาว่าร้าย ผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มักแสดงออกในลักษณะของอาการเจ็บป่วยทางกาย และจะพบว่าอาการอื่นๆของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น อารมณ์ผิดปกติ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย สมรรถภาพการทำงานลดลง ความต้องการทางเพศลดลง ความคิดช้า ลังเล ไม่มั่นใจ เฉื่อยชา เฉยเมย เสียสมาธิ สมองเสื่อม ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการทางจิต และความคิดหลงผิดซึ่งพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ รู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกผิด โทษตนเอง มองโลกในแง่ร้าย เบื่อชีวิต และอยากตาย

ผลกระทบจากการเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

การเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเนื่องจาก ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า จะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมักจะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความเสื่อมตามวัย จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ทั้ง ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคจิตเวช ทำให้ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่างๆลดลง (พรรณธร, 2555) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงส่งผลให้มีปัญหา ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำเนินโรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น การทำหน้าที่ ด้านร่างกายเสื่อมถอยเร็วขึ้น มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง (Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008) และจากผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย (Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992)

2. ด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ก็อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ มีการหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองมากขึ้น ความสามารถในการอดทนต่อปัญหาหรือความคับข้องใจต่างๆ ลดลง (วิไลวรรณ, 2554) และด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อาจทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความสุข ไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง (สุนีย์, 2554) ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ชีวิตที่ผ่านมาของตนนั้นล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จ มักจะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และมีความรู้สึกกลัวตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในชีวิตของตนที่ผ่านมา

3. ด้านบทบาททางสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากสภาพร่างกาย การขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ทำให้ห่างไกลจากสังคม (พรรณธร, 2555) และจากความคิดปกติจากอาการของโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง แยกตัวจากสังคม (สุนีย์, 2554)

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านบทบาททางสังคม ทางด้านร่างกายจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และมีความรู้สึกกลัวตาย และด้านบทบาททางสังคม ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจกิจกรรมของสังคม

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นเป็นการดูแลเพียงบางส่วนเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่างๆ ลดลง ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม มีข้อจำกัดในการพิจารณาและตัดสินใจ และมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมการดูแล ทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ชนพร, 2557; ปุณยกพ, 2550; เพลินพิศ, 2559; ทิวรรณ, 2553; วชิราพรรณ, 2553; วราลักษณ์, 2558; ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2557; สุพัตรา, 2555; สุวนีย์, 2554)

1. ด้านโภชนาการ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มักจะขาดสารอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมักจะรู้สึกเบื่ออาหาร ความรู้สึกอยากอาหารลดลง ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักลด และจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องฟัน การกลืน การขบเคี้ยว ซึ่งแนวทางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายดังนี้ (ชนพร, 2557; ทิวรรณ, 2553; ปุณยกพ, 2550; ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2557; สุพัตรา, 2555)

1) คาร์โบไฮเดรต จะทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นการหลั่งอินซูลินที่มีฤทธิ์ให้ร่างกายดึงกรดอะมิโนตัวอื่นๆ ไปใช้ ทำให้มีกรดอะมิโนที่จะแย่งจับกับทริปโตเฟนในการผ่านเข้าสมองน้อยลง ทริปโตเฟนจึงผ่านเข้าสมองได้มากและถูกเปลี่ยนเป็นเซโรโทนินได้มากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดลง ซึ่งคาร์โบไฮเดรตที่ได้ควรถูกย่อยและดูดซึมเข้าๆ เพื่อให้คงระดับกลูโคสในเลือด โดยควรมาจากธัญญาหารที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักประเภทหัว ขนมปังที่ทำจากแป้งหรือข้าวสาลีทั้งหมด และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ไอศกรีม ข้าวขาว ข้าวเหนียว เด็ก ลูกอมเนื่องจากจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแรง เชื่องซึม การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าวเหนียว ข้าวโพด เผือกหรือมันจะเพิ่มการสร้างเซโรโทนินทำให้อารมณ์ดีขึ้น

2) โปรตีน อาหารกลุ่มนี้จะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและช่วยให้สมองมีความกระฉับกระเฉง ตื่นตัว ในหนึ่งวันผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือวันละ 4-5 ช้อนโต๊ะ เนื้อสัตว์ต่างๆควรทำให้สะดวกต่อการเคี้ยวและการย่อยจึงควรเลือกเนื้อสัตว์ชนิดอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย ไม่ติดฟัน เช่น ปลา กุ้ง หรือใช้วิธีหุงต้มให้นุ่ม เช่น ต้ม ตูน เคี้ยว สับ และบด ควรบริโภคปลาสดปลาหึ่ง 2-3 ครั้ง ซึ่งนอกจากจะเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดีแล้ว ยังเป็นแหล่งของไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า 3 ซึ่งช่วยให้อารมณ์ดี ลดความเครียด ควรบริโภคไข่สดปลาหึ่ง 3-4 ฟอง หากมีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรลดจำนวนลงหรือบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น ควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว อาจดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลือง ควรรับประทานถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว เพิ่มให้ได้กาใยอาหารเพิ่มขึ้น

3) ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงาน และเป็นแหล่งของกรดไขมันจำเป็นและวิตามินหลายชนิด นอกจากนี้ยังเป็นตัวช่วย ละลายไขมันบางชนิดด้วย ผู้ป่วยมีความต้องการพลังงานลดลง จึงมีความต้องการอาหารประเภทไขมันลดลงด้วย โดยควร ได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน ควรได้รับน้ำมัน วันละ 4-6 ช้อนชา ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไลโนเลอิก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน หรือน้ำมันข้าวโพดในการปรุงอาหาร ควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ เช่น หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู ไข่แดง เพราะอาหารเหล่านี้มีไขมันสูงเกินความจำเป็น ซึ่งหากได้รับอาหารที่มีไขมันสูงหรือกินอาหารปริมาณมาก อาหารจะอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น เลือดต้องมาเลี้ยงกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน จึงมีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ส่งผลให้ไม่สดชื่นและง่วงนอน

4) เกลือแร่และวิตามิน เป็นอาหารที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆทำงานตามปกติ ช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน โลหิต แร่ธาตุที่ผู้ป่วยต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุเหล็ก ธาตุสังกะสีและแคลเซียม ธาตุเหล็กพบมากในนม ก้อนเต้าหู้ ผัก ผลไม้ เมล็ดงา กระดูกสัตว์ เช่น ปลาบ่นหรือปลากระป๋อง ธาตุสังกะสี พบมากในอาหารทะเล และปลา แคลเซียมพบในนม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง นอกจากนี้ วิตามินบีรวม กรดโฟลิก และวิตามินบี 12 ช่วยลดความเครียดได้

5) ผักและผลไม้ ควรเลือกรับประทานผักหลายๆชนิดสลับกัน ควรปรุงโดยวิธีต้มสุกหรือนึ่ง เพราะจะทำให้ย่อยง่าย ไม่เกิดแก๊สในกระเพาะ ป้องกันท้องอืดท้องเฟ้อได้ ควรรับประทานผักวันละ 2 ทัพพี ควรรับประทานผลไม้ทุกวันเพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินบี โฟเลต วิตามินซี และใยอาหารอย่างเพียงพอ เลือกผลไม้ที่เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ ถั่วฝักยาว ส้ม ควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 6-8 ชิ้น/คำ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องอ้วนหรือเป็นเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยงผลไม้หวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า

6) น้ำ น้ำมีความสำคัญในการช่วยย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสียผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือ 1500-2000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยน้ำที่ได้รับ อาจเป็นน้ำผลไม้ หรือนมก็ได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้ปากแห้ง ผิวแห้ง อ่อนเพลียและมีง่วงได้

นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีปัญหาโรคฟัน ควรพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ ควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวัน และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ควรเลือกอาหารที่ผู้ป่วยพอจะรับประทานได้ หรือผู้ป่วยชอบ แบ่งอาหารเป็น 5-6 มื้อ โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นมื้อหลัก ส่วนมื้อเช้าและมื้อเย็น ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด จัดอาหารเสริมมื้อสายและบ่าย จัดอาหารให้มีสีสันทันที ชวนรับประทาน จัดสถานที่รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และบรรยากาศเงียบสงบ ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่คาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เนื่องจากคาเฟอีนเป็นสารกระตุ้นและเพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มความเครียดทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีความเครียด อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะมีฤทธิ์ในการกดประสาท เมื่อดื่มเป็น

ระยะเวลาานจะทำลายเซลล์สมองและทำให้ร่างกายขาดวิตามินบี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากและขาดสารอาหารควรปรึกษาแพทย์และอาจต้องให้อาหารเสริม

2. ด้านการนอนหลับพักผ่อน

จากลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านักจะมีปัญหาเรื่องการนอน เช่น นอนไม่หลับ ซึ่งอาการนอนไม่หลับมีได้ตั้งแต่นอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย ตื่นบ่อย ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ บางคนนอนหลับง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืนผู้ป่วยมักจะบ่นว่าไม่รู้รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน สุขภาพและการร่วมสังคมของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางในการดูแลการนอนหลับพักผ่อน ดังนี้ (บุญยกภพ, 2550; เพลินพิศ, 2559; ลิวรรณ, 2553; วราลักษณ์, 2558)

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง
- 2) จัดให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลา หากเข้านอนแล้วนอนไม่หลับให้ลุกมาทำกิจกรรมที่ไม่เครียด เมื่อรู้สึกง่วงแล้วจึงกลับเข้านอน เมื่อตื่นนอนตอนเช้าให้ลุกจากที่นอนทันที
- 3) ควรมีการเตรียมตัวก่อนเข้านอน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และปัสสาวะก่อนนอน
- 4) หากผู้ป่วยนอนไม่หลับ อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ก่อนเข้านอน หรือทำสมาธิ
- 5) ควรลดช่วงเวลาการงีบหลับช่วงกลางวัน โดยจัดให้นอนกลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง พยายามหากิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยทำ เช่น ออกกำลังกายเบาๆ รดน้ำต้นไม้
- 6) ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารว่าง หรือเครื่องดื่มที่ดื่มแล้วนอนหลับได้ เช่น นม โอวัลติน และควรงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม แอลกอฮอล์
- 7) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การใช้ไฟสลัวๆ ไม่เปิดไฟจ้าตรงบริเวณหัวเตียง พยายามงดการใช้เสียง
- 8) ไม่ใช้ยานอนหลับ หากจำเป็นต้องใช้ ให้ใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อ และไม่สนใจ เก็บตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง ซึ่งมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ดังนี้ (บุญยกภพ, 2550; ลิวรรณ, 2553)

- 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมผ่อนคลายที่ผู้ป่วยชอบ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ เดินเล่น เป็นต้น
- 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่ายและใช้เวลาในการทำกิจกรรมสั้นๆ

3) ชักชวน/พาผู้ป่วยไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติ เช่น งานบวช งานประจำปี เป็นต้น

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนาที่วัด เป็นต้น

5) ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายจะเพิ่มเอ็นโดรฟิน (endorphine) ช่วยลดความวิตกกังวล ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 1999)

6) กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20-60 นาที

7) หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือมีความพิการบางอย่างควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าชนิดและวิธีการออกกำลังกายนั้นจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่

8) ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทีละน้อย แล้วค่อยเพิ่มขึ้นสู่ขนาดที่พอเหมาะและหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆ หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก หายใจขัด ควรหยุดการออกกำลังกายนั้นทันที

9) ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำกายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5-10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

10) งดการออกกำลังกายที่เป็นการแข่งขันซึ่งไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

11) ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างใดอย่างหนึ่ง เวลาไหนก็ได้ ตามสะดวก

12) รูปแบบการออกกำลังกาย เช่น การเดินหรือวิ่งช้าๆ การออกกำลังกายโดยวิธีกายบริหาร การว่ายน้ำ เดินในน้ำ จักรยาน รำมวยจีน โยคะ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายกับสุขภาพจิต

1) เพิ่มความสำเร็จและความเชื่อมั่นในตนเอง การออกกำลังกายเพิ่มความรู้สึกว่าเราทำอะไรได้สำเร็จ เมื่อทำต่อเนื่องนานๆก็จะเปลี่ยนเป็นความมั่นใจในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกขาดประสิทธิภาพ การออกกำลังกายจะเป็นจุดเริ่มต้นของการประสบความสำเร็จขึ้นต้น

2) หันเหความสนใจไปในทางบวก เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า มักจะสนใจหมกมุ่นกับตัวเอง กับอาการที่เกิดขึ้น การออกกำลังกายช่วยหันเหความสนใจออกไปเรื่องอื่น ลดความคิดในแง่ลบ

3) เพิ่มความมีคุณค่าในตัวเอง การออกกำลังกายช่วยฟื้นฟูอาการที่คิดว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ออกกำลังกายแม้เพียงนิดก็ช่วยให้มองตัวเองดีขึ้น เห็นคุณค่าในตัวเอง และคิดทำตัวให้เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้น

4) สิ่งแวดล้อมพร้อมสนับสนุน การออกกำลังกายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อม ได้พบปะผู้คน

4. ด้านการขับถ่าย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีปัญหาเรื่องท้องผูก อาจมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงตามสภาพอายุ ทำให้การทำงานหรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ และจากอาการของโรคซึมเศร้า อาจทำให้ผู้ป่วย รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ นอนติดเตียง รับประทานอาหารได้น้อย มีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว และจากผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า ซึ่งมีแนวทางในการดูแลการขับถ่ายดังนี้ (ลิวรรณ, 2553)

1) ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร และใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว น้ำผลไม้ (ส้ม มะนาว ลูกพรุน) ในลักษณะหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ ปั่น หรือต้มเป็นน้ำซุป

2) ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินหลังอาหาร 20-30 นาที บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นเกร็งไว้นาน 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ ยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ

3) ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาประจำ หลังอาหารเช้าเป็นเวลาที่ดีที่สุด เนื่องจาก มีรีเฟล็กซ์แกสโตรโคลิก (gastrocolic) มากที่สุด ควรถ่ายในท่าที่นั่งที่สบาย สำหรับผู้สูงอายุ ที่อ่อนแอควรเป็นที่นั่งพิงได้ มีราวยึดเกาะ มีความเป็นส่วนตัว และใช้เวลาสำหรับการขับถ่าย ไม่เร่งรีบ นั่งนานประมาณ 20 นาที

4) ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการขับถ่ายอุจจาระ ไม่ควรกลั้นอุจจาระ เมื่อปวดถ่ายอุจจาระควรรีบเข้าห้องน้ำทันที

5) ผู้ป่วยที่ท้องผูกมาก อาจให้รับประทานยาระบาย ยาเหน็บช่วยระบาย หรือ การสวนอุจจาระ

6) ในระหว่างท้องผูก การขับถ่ายไม่ปกติ หากรับประทานอาหารที่มีแป้งมาก เช่น ขนมกรุบกรอบ บะหมี่สำเร็จรูป อาหารรสจัด เผ็ดจัด เค็มจัด ชา กาแฟ สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น

นอกจากผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องท้องผูกแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง จำนวนเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุในกระเพาะปัสสาวะลดลง มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูด กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งมีแนวทางในการดูแลดังนี้ (ลิวรรณ, 2553)

1) ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 2-3 ลิตร จะช่วยเพิ่มความตึงตัวให้กับกระเพาะปัสสาวะ และลดการระคายเคืองในระบบทางเดินปัสสาวะ

2) ให้ดื่มน้ำก่อนเวลาเข้านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อลดจำนวนครั้งในการถ่ายปัสสาวะในตอนกลางคืน จัดให้ดื่มน้ำในเวลากลางวันมากกว่าในช่วงเย็นและกลางคืน เพื่อป้องกันการถ่ายปัสสาวะรดที่นอน

3) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน ซึ่งมีมากในช็อคโกแล็ต ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะสารประเภทนี้ทำให้ขับน้ำในระบบปัสสาวะออกมาก

4) จัดตารางการถ่ายปัสสาวะให้ผู้ป่วย เช่น ถ่ายปัสสาวะทุก 1, 2, 4 ชั่วโมง และคอยกระตุ้นให้ขับถ่ายเป็นเวลา

5) ฝึกการหดรัศตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการฝึกขมิบก้นและช่องคลอด

6) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการปัสสาวะ สถานที่ควรสะอาด ปราศจากกลิ่น สะดวก ปลอดภัย แข็งแรง ไม่ลื่น และมีราวยึดเกาะ มีความเป็นส่วนตัว แสงสว่างเพียงพอ ไม่ไกลจนเกินไป

7) ให้เวลาในการขับปัสสาวะ ไม่ควรเร่งรีบ

5. ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า สิ้นหวัง มีความคิดฆ่าตัวตาย (บุญยกภพ, 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หุดลุกหุดนั่ง เดินไปเดินมา มีอาการหลงผิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น การพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีแนวทางในการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ดังนี้ (นพวรรณ, 2559; บุญยกภพ, 2550; ลิขวรรณ, 2553)

1) ควรมีผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ถ้าเข้าห้องน้ำก็ควรอยู่ในสายตา

2) จัดเก็บของมีคม ยา หรือสิ่งของที่อาจทำร้ายตนเองไว้ในที่ที่มีดิด

3) ถ้าต้องกินยาควรจัดให้กินที่ละมือ และเก็บซองยาไว้

4) จัดให้อยู่ห้องพักชั้นล่าง ระวังการออกไปที่ระเบียง หรือหน้าต่าง ถ้าไม่มีลูกกรงป้องกัน

5) ไม่พูดตำหนิประชดประชัน หรือพูดทำทายเป็นทำร้ายตนเองอีก

6) สังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดสิ่งลาหรือตัดใจได้และอารมณ์เศร้าถ้าเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกระทันหัน ควรระวังมาก

7) พื้นบ้านควรอยู่ในระดับเดียวกัน พื้นไม่ลื่น บันไดมีราวยึดเกาะ

8) ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบน ถ้าเป็นไปได้ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้าน และห้องนอนควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ

9) ปูพื้นยางกันลื่นให้เต็มพื้นที่ห้องน้ำ อุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มในห้องน้ำพบมาก และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

10) คุณแลให้มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะทางเดินและบันไดอากาศถ่ายเทดี

11) จัดสิ่งของต่างๆ ไว้ให้เรียบร้อย ไม่เกะกะ สะดวกต่อการเดิน

12) จัดอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ให้มีเฉพาะที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงของใช้ที่เป็นอันตราย เช่น ของมีคม อุปกรณ์เครื่องครัว เชือก

13) อย่าเก็บของหนัก หรือของที่ผู้สูงอายุต้องใช้ไว้ในที่สูง

14) ควรตรวจเครื่องไฟฟ้าทุกชนิดที่ต้องใช้เป็นประจำ เช่น สายไฟ ปลั๊กไฟ ให้อยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ ไม่วางสายไฟบนพื้นบ้าน ก่อนเข้านอนต้องถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่ไม่ใช้งานออก

15) เลือกรองเท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม

16) บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่น ใคร ทำอะไร เมื่อใด ที่ไหน และอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย

6. ด้านสุขอนามัย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะไม่สนใจในเรื่องสุขอนามัย ไม่สนใจที่จะอาบน้ำ แปรงฟัน สุขอนามัยจึงไม่ค่อยดี มีกลิ่นกายไม่พึงประสงค์ จึงมีแนวทางในการดูแลด้านสุขอนามัย ดังนี้ (ฉิวรรณ, 2553; สุวนิชย์, 2554)

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำและชำระร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

2) คุณแลให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของปากและฟัน โดยคุณแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนอย่างถูกวิธี พาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

3) ถ้าใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้บางส่วน ต้องถอดออกล้างและแปรงทุกครั้งหลังอาหาร โดยใช้น้ำสะอาดและยาสีฟัน โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดบริเวณสันเหงือก บ้วนปากหลายๆ ครั้ง ถ้าใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งปาก ก่อนนอนควรถอดทำความสะอาดแล้วแช่น้ำไว้ เพื่อไม่ให้ฟันปลอมแห้งกรอบ และต้องเปลี่ยนน้ำทุกครั้งที่ใช้ฟันปลอม ถ้าใส่ฟันปลอมชนิดติดแน่น ต้องแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง และใช้ไหมขัดฟันสอดเข้าไปทำความสะอาดใต้ฟันปลอม

4) ถ้าใส่ฟันปลอมทั้งปาก ให้ไปพบทันตแพทย์ทุก 2 ปี ถ้าใส่ฟันปลอมเพียงบางซี่ ให้ไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน

5) ดูแลผิวหนัง โดยผิวหนังที่แห้งคันเป็นขุย ไม่ควรอาบน้ำบ่อย ใช้สบู่เท่าที่จำเป็น ผิวหนังเป็นตุ่ม ก้อน ให้รักษาความสะอาด หลีกเลี่ยงถูกสิ่งระคายเคือง แสงแดด ผิวที่เปลี่ยนสีโดยเฉพาะบริเวณที่ถูกแสงแดด จะเกิดกระดำ กระขาว จากการเสื่อมของเซลล์เม็ดสีตามอายุ จึงควรหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ ให้สังเกตว่าเกิดจากสาเหตุใดหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุนั้น ถ้ารุนแรงควรปรึกษาแพทย์ ผิวหนังย่นเหี่ยวและหย่อนยาน จะฉีกขาดง่าย จึงควรระวังการถูกระทบกระแทก ด้วยของแข็ง ของมีคม ควรตัดเล็บให้สั้น หลีกเลี่ยงการแกะเกา ดูแลผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ใช้ผ้าหรือหมอนรองบริเวณปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ

6) สังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาสาเหตุและช่วยเหลือตามอาการ เช่น เป็นไข้ เวียนศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว

7. ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดอยากตาย (พิชัย, 2555; พีรพนธ์, 2553) ซึ่งมีแนวทางในการดูแลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ดังนี้ (บุญยกพ, 2550; ลิวรรณ, 2553; สุวนีย์, 2554)

1) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บอกถึงความคิดและความรู้สึก ระบายสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่น่าสะเทือนใจ สิ่งที่ทำให้รู้สึกเศร้า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้ามาก ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจ ให้ความสนใจในการรับฟังอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ

2) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการ ชวนพูดคุย หรือให้ผู้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าสนใจ

3) การปลูกต้นไม้หรือทำสวนหรือดูแลสัตว์เลี้ยง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพบสิ่งที่มีการเจริญเติบโต มีความรู้สึกเป็นที่รักและได้รับการยอมรับ มีความสุข สงบ และสบายใจ

4) ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เช่น เป็นเพื่อนไปทำบุญที่วัด ช่วยให้การประกอบพิธีกรรมต่างๆ อ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง

5) ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตเวชให้ตรงเวลาสม่ำเสมอต่อเนื่อง

6) ดูแลพาผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องหรือพาไปพบแพทย์ตามวันนัด

7) สังเกตผลข้างเคียงจากยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกขึ้นจากท่านอน (orthostatic hypotension) หัวใจเต้นผิดจังหวะ ตามัว ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ปากแห้ง เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึม กล้ามเนื้อกระตุก มือสั่นประสาทหลอน หลงผิดเป็นต้น และให้การดูแลเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการปากแห้งและคอแห้ง ดูแลให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือให้ดื่มน้ำแข็งก้อนเล็ก การป้องกันอาการหน้ามืด วิงเวียนเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ โดยการลุกนั่งหรือลุกเดินช้าๆ หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายมาก รู้สึกทุกข์ทรมาน อาจพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับยา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา ลูก หลาน ญาติ หรือพี่น้อง เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลตนเองได้เพียงบางส่วนโดยให้ความช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมต่างๆ เป็นการดูแลด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความผูกพัน และ ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (ศิริพันธุ์, 2554; Browning & Hogstel, 1994; Carers, 2005; Orem, 2001; Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการเป็นบุคคลที่เข้าใจและรู้จักผู้ป่วยมากที่สุด เป็นตัวกลางสำคัญที่จะถ่ายทอดสื่อสารให้กับทีมสุขภาพ ได้รู้จักวิถีชีวิต เป็นตัวกลางสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ และมั่นใจว่าจะให้การตอบสนองในทุกด้านได้ (ผ่องพรรณ, 2554)

ประเภทและลักษณะของผู้ดูแล

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (Bell & Gibbons อ้างตาม ศิริพันธุ์, 2554) ดังนี้

1. ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal care/caregiver) หมายถึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาลหรือกลุ่มองค์กรที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็นแพทย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยเหลือการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (informal care/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ในการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการอบรมมาก่อน และไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหน้าที่ ซึ่งผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและในการดูแลอาจมีผู้มีส่วนร่วมหลายคน

สำหรับฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ได้จำแนกผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะตามระดับของเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ใช้เวลาในการดูแลคิดเป็นชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล ทำหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาด ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการรับประทานยา โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) คือบุคคลอื่นที่อยู่ในข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นซึ่งไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่อาจให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว โดยมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

การศึกษารั้วนี้ศึกษาในผู้ดูแลหลักที่เป็นการดูแลโดยไม่เป็นทางการ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่ครอบคลุม ทั้งเรื่องการดูแลด้านอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลด้านการขับถ่าย การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน การจัดที่อยู่อาศัยให้ได้อย่างเหมาะสม การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง การช่วยเหลือด้านแรงงาน (กาญจนา, 2557; ศศิพัฒน์, 2552; สุพิศตรา, 2556; Browning & Hogstel, 1994) และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย เช่น การจัดการเรื่องยา การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัด (ศศิพัฒน์, เล็ก, ปรียานุช, และธนิกานต์, 2552) ช่วยเหลือให้ได้รับบริการจากระบบสุขภาพ ประสานงานกับบริการทางสุขภาพ และพาผู้สูงอายุไปรับบริการตามนัด (Browning & Hogstel, 1994) นอกจากนี้ เกสร (ม.ป.ป.) กล่าวว่า การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย ความเครียดและความวิตกกังวล การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

2. การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยสอบถามทุกข์สุข ให้ความรักเอาใจใส่ ปฏิบัติด้านความเคารพ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าโดยให้กำลังใจ ให้เวลาพูดคุย และรับฟัง (กาญจนา, 2557; ศศิพัฒน์, 2552) ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เช่น เป็นเพื่อนไปทำบุญที่วัด ช่วยเหลือประกอบพิธีกรรมต่างๆ อ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง (Browning & Hogstel, 1994)

3. การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่างๆ (กาญจนา, 2557; ศศิพัฒน์, 2552; สุพิศตรา, 2556; Browning & Hogstel, 1994)

4. การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร และความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ๆ (กาญจนา, 2557; ศศิพัฒน์, 2552)

สรุปได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรม และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ ให้ความพูดคุย รับฟังผู้ป่วย และให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน และการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกายของผู้ดูแล

จากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลถูกรบกวนในด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย และกิจวัตรประจำวันส่วนตัว การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่มีเวลาสนใจ และดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ และหากผู้ดูแลมีโรคประจำตัว อาจทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบขึ้นได้ รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การให้เวลากับผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ เกิดความตึงเครียด เกิดความไม่สุขสบาย ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ผู้ดูแลขาดความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองแย่ลง (กาญจนา, 2557; ชรัตน์, 2550; เบ็ญจลักษณ์, 2550; ผ่องพรรณ, 2554)

2. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

จากการที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งปัญหาจากการดูแลและปัญหาจากสุขภาพของผู้ดูแลเองส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ วิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น ใจร้อน ฉุนเฉียวง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิด รำคาญ ขัดแย้งทางความคิด และเบื่อบ่อยต่อการดูแลผู้สูงอายุ (เบ็ญจลักษณ์, 2550) และอาจพบอารมณ์เศร้า จากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจำผู้ดูแลได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ความรู้สึกผิดจากการกระทำบางอย่างที่ทำกับผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือระหว่างการดูแล ความโกรธ ผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธเพราะไม่ได้รับผลตอบแทนจากการดูแล หรือผู้สูงอายุไม่เห็นคุณค่าในงานที่ผู้ดูแลทำ รู้สึกอับอาย โดยอาจอับอายต่อพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่ไม่

เหมาะสม รู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลที่ใช้เวลานั้น ทำให้เหมือนถูกแยกจากสังคม สูญเสียคุณค่าในตนเอง และรู้สึกเครียด จากการดูแลผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าที่มีปัญหาพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาสูง ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (กาญจนา, 2557; รศรินทร์และสาธิต, 2557; ลีวรรณ, 2553; ศิริพันธุ์, 2554; สาธิต, ญัฐจิรา, และรศรินทร์, 2554)

3. ปัญหาด้านสังคมของผู้ดูแล

ปัญหาที่พบบ่อย เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลต้องปรับการทำงานของตนให้เข้าได้กับบทบาท ที่อาจทำให้ถึงกับต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ผู้ดูแลบางคนต้องทำงานพิเศษหรือทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เสริม ถ้าต้องใช้เวลากับผู้สูงอายุมาก ก็ไม่สามารถจะทำงานได้ มีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและเยี่ยมช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ชรัตน์, 2550; เบ็ญจลักษณ์, 2550; ลีวรรณ, 2547; ศิริพันธุ์, 2554)

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล

การเปลี่ยนแปลงการทำงานในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลต้องหยุดงานมาดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง ขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายในบ้านยังคงเดิม รวมทั้งการชำระหนี้สินต่างๆ มีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องมำค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น (กาญจนา, 2557; ชรัตน์, 2550; เบ็ญจลักษณ์, 2550; ลีวรรณ, 2547; ศิริพันธุ์, 2554)

สรุปได้ว่าปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุมีหลายด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน ซึ่งผู้ดูแลมักจะไม่ค่อยมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เจ็บป่วย และสุขภาพแยกลง เกิดความเครียด เหนื่อยล้า วิตกกังวล ใจร้อน หงุดหงิด รำคาญ และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ส่งผลต่อปัญหาด้านการเงินทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่ปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ต้องการพึ่งพา เนื่องจากผู้ที่ต้องการพึ่งพา มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้อง

พึงพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเองแต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Taylor อ้างตาม สมจิต, 2536) ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแล ซึ่ง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถจัดการกับบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ ในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นความสามารถซึ่ง เชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแล ประกอบด้วย 1) ความเอาใจใส่บุคคลที่พึ่งพา 2) ความสามารถควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการ ปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้อย่าง สมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถในการให้เหตุผลเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และสามารถปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ 7) สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา จากบุคคลที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจำและนำความรู้ไปปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้ กระบวนการของความคิด สติปัญญา การรับรู้ การกระทำ คิดต่อและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 9) สามารถจัดระบบการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และ 10) สามารถสอดแทรกการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นความสามารถที่ จำเป็นที่ใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) เป็นกระบวนการ แสวงหาความรู้ การพัฒนาความสามารถที่จำเป็น สำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ผู้ดูแลต้อง ทราบความหมายและวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2. ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operations) เป็นความสามารถ ของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก่ใจกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และติดตามประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถขั้นพื้นฐานและมีพลังความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจง ที่เกิดจากผู้ดูแลกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ และมีการกระทำอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติโดยเนื่องจากต้องการอธิบายปัจจัยที่เป็นเหตุสำคัญ นำไปสู่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้แนวคิดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานมากกว่าพลังความสามารถ 10 ประการที่ไม่ได้ระบุถึงปัจจัยที่เฉพาะเจาะจง และผู้วิจัยศึกษาเฉพาะระดับความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยที่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่โอเร็มระบุว่าพัฒนามาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับทุกคนทุกวัย 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นกระบวนการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้านเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ โครงสร้างและหน้าที่และส่งเสริมพัฒนาการให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการวางแผน ความสามารถในการลง

มือปฏิบัติ และความสามารถในการประเมินผล ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น ประกอบด้วย 7 ด้านดังนี้

1) ด้านโภชนาการ เป็นการดูแลด้านการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (ชนพร, 2557; ลีวรรณ, 2553; ปุณยกภพ, 2550; ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2557; สุพิศตรา, 2555)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนในการเลือกอาหาร การปรุงอาหารให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในแต่ละวันเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมทั้งมีแนวทางในการช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการเลือกอาหารประเภทต่างๆ ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ให้สารอาหารครบ 5 หมู่ จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน ดูแลให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นโดยจัดให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง โดยปรับเปลี่ยนมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อต่อวัน เลือกอาหารหรือใช้วิธีการปรุงอาหารเพื่อให้อาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และย่อยง่ายโดยการ ต้ม ตุ่น เคี้ยว สับ และบด ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว หากผู้ป่วยมีปัญหาโรคฟัน ควรพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากและขาดสารอาหาร ควรปรึกษาแพทย์และอาจต้องให้อาหารเสริม

การประเมินผล ผู้ดูแลสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานอาหาร และติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ

2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะต้องมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (ปุณยกภพ, 2550; เพลินพิศ, 2559; ลีวรรณ, 2553; วราลักษณ์, 2558)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการงีบหลับในตอนกลางวัน และนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน วางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ และมีแนวทางช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง จัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนให้เอื้อต่อการนอน เช่น แสงไม่สว่างจนเกินไป บรรยากาศเงียบสงบ นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องจัดให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลา จัดกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยวิธีอ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ หรือทำสมาธิเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ลดการงีบหลับช่วงกลางวัน โดยพยายามหากิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยทำ เช่น ออกกำลังกายเบาๆ รดน้ำต้นไม้

การประเมินผล ผู้ดูแลติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการนอนไม่หลับในตอนกลางคืนรวมถึงสอบถามอุปสรรคของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้เพียงพอ

3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบและออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย จะต้องมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (บุญยภพ, 2550; ลิขิต, 2553)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย และมีแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย ชักชวนหรือพาผู้ป่วยไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติ เช่น งานบวช งานประจำปี กิจกรรมทางศาสนา สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20-60 นาที และหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก หายใจขัด ควรหยุดการออกกำลังกายนั้นทันที

การประเมินผล ผู้ดูแลต้องติดตามสอบถามเกี่ยวกับผลของการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านการขับถ่าย เป็นการดูแลในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย จะต้องมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (ลิขิต, 2553)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนในการดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย โดยดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุกวัน หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูกท้องอืด ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร และใยอาหารเช่นผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว น้ำผลไม้ ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินหลังอาหาร 20-30 นาที กรณีท้องผูกมากดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายตามความเหมาะสม หากผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นเกร็งไว้นาน 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ ยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ สถานที่ควรสะอาด ปราศจากกลิ่น สะดวก ปลอดภัย แข็งแรง ไม่ลื่น และมีราวยึดเกาะ มีความเป็นส่วนตัว แสงสว่างเพียงพอ ไม่ไกลจนเกินไป

การประเมินผล ผู้ดูแลมีการติดตาม สอบถามการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการขับถ่าย

5) ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นการดูแลและกระทำเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและอุบัติเหตุที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย จะต้องมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (นพวรรณ, 2559; ปุณยภพ, 2550; ทิวรรณ, 2553)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย รวมถึงมีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยจัดอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ให้มีเฉพาะที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงของใช้ที่เป็นอันตราย จัดสิ่งของต่างๆ ไว้ให้เรียบร้อย ไม่เกะกะ สะดวกต่อการเดิน รวมถึงการจัดให้ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้นล่างของบ้าน และอยู่ใกล้ห้องน้ำ พื้นบ้านควรอยู่ในระดับเดียวกัน พื้นไม้ลิ้น บันได มีราวเกาะ มีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลและระมัดระวังการลื่นในห้องน้ำและการพลัดตกหกล้มภายในบ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว เก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตาย เช่น ปืน สารเคมี เชือก มีด ของมีคม หรืออาวุธอื่นๆ

การประเมินผล ผู้ดูแลต้องมีการติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลา

6) ด้านสุขอนามัย เป็นการดูแลสุขอนามัยทางด้านร่างกายและป้องกันความไม่สุขสบายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะต้องมีการวางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผล ดังนี้ (ทิวรรณ, 2553; สุวนีย์, 2554)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนการดูแลสุขอนามัย ทั้งการทำกิจวัตร การดูแลสุขอนามัยของปากและฟัน การดูแลผิวหนัง และการดูแลด้านความสุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงมีแนวทางช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายต่างๆ

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสุขอนามัยและความสุขสบายของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนอย่างถูกวิธี พาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพในช่องปาก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ระมัดระวังการถูกกระทบกระแทก ด้วยของแข็ง ของมีคม ตัด เล็บให้สั้น หลีกเลี่ยงการแกะเกา ดูแลผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาสาเหตุและช่วยเหลือตามอาการ

การประเมินผล ผู้ดูแลติดตามสอบถามการทำกิจวัตรของผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจวัตร

7) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นการดูแลด้านจิตใจและการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า จะต้องมีการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ดังนี้ (ปุณยภพ, 2550; ทิวรรณ, 2553; สุวนีย์, 2554)

การวางแผน ผู้ดูแลมีการวางแผนในการดูแลและมีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า

การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความคิดและความรู้สึก ระบายสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่น่าเบื่อหรือความกลัว ให้ความสนใจในการรับฟังอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการ ชวนพูดคุย หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าทึ่งนอกใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาสม่ำเสมอต่อเนื่อง และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามวันนัด

การประเมินผล ผู้ดูแลติดตามและสอบถามหลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สามารถประเมินได้จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกิจกรรมการดูแลจะครอบคลุมทั้งด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย แต่แบบประเมินจะมีลักษณะเฉพาะของการดูแลของผู้ป่วยแต่ละโรค ดังนี้

แบบประเมินของประกอบพร (2550) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 1 ข้อ 2) การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 16 ข้อ และ 4) การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมความสามารถในการดูแล อยู่ระหว่าง 0-122 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีความสามารถระดับต่ำปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

แบบประเมินของรำพรรณ (2552) ศึกษาในผู้ดูแลในการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้แบบสอบถามวัดระดับความสามารถของผู้ดูแลในการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 ด้านจำนวน 61 ข้อประกอบด้วย 1)การส่งเสริมการระบายอากาศของปอดที่เพียงพอ จำนวน 22 ข้อ 2)การสนับสนุนให้ได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ จำนวน 18 ข้อ และ 3)การสนับสนุนให้มีการพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ จำนวน 21 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 จากผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติ ผู้ดูแลปฏิบัติได้น้อย

ผู้ดูแลปฏิบัติได้ปานกลาง ผู้ดูแลปฏิบัติได้มาก และผู้ดูแลปฏิบัติได้มากที่สุด การแปรผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถในการควบคุมโรคระดับคะแนนน้อย ปานกลาง และสูง

แบบประเมินของพัชรี (2551) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลจำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 15 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าโดยมีคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1-10 คะแนน การแปรผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .96

นอกจากนี้แบบประเมินของแก้วตา (2554) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเตือนใจ (2548) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างจากแนวคิดของ Orem โดย Ever et al. (1985) แปลโดย สมจิต (2531) ซึ่งมีข้อแตกต่างกันดังนี้

แบบประเมินของแก้วตา (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านน้อย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมาก ตรงกับตัวท่านมากที่สุดการแปรผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

แบบประเมินของเตือนใจ (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านน้อย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมาก ตรงกับตัวท่านมากที่สุด การแปรผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

จากการทบทวนจะเห็นว่าแบบประเมินดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาในโรค หลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคจิตเภท และภาวะสมองเสื่อมจะเห็นได้ว่าแต่ละแบบประเมินจะมีลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการดูแล เนื่องจากความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละโรค ผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยกิจกรรมการดูแลจะครอบคลุมทั้งด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยทั้งการดูแลที่จำเป็น การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่าปัจจัยพื้นฐานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อจำกัด หรือเป็นปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง เด็กสมาธิสั้น ผู้ติดสุรา ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภท ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นซึ่งความสามารถในการดูแลของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามวัยและจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา (2550) ศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ตำอรงค์ (2550) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต และ ราพรรณ (2552) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ และมีประสบการณ์ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น วชิราพรรณ(2553) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุน้อย แก้วตา (2554) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$) และ หทัยชนก (2553) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่าอายุเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันด้านเพศส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลที่แตกต่างกันไป เนื่องจากสังคมไทยเลี้ยงดูสั่งสอนให้เพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้าน และดูแลบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ชายมีบทบาทในการทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ของครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนใจ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตำอรงค์ (2550) ได้ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต และเนตรชนก (2551)

ได้ศึกษาการเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และพบว่ามีความสามารถในการดูแลในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ชลาทิพย์, 2549; ประกอบพร, 2550; พัชรี, 2551; ราพรรณ, 2552)

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จึงจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของผู้ดูแล จะเป็นข้อจำกัดที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีผลกำลังมากในการทำกิจกรรมต่างๆ และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว แต่การศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36$) การศึกษาของสำอางค์ (2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ จะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสามารถปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลได้ดีกว่า แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของชลาทิพย์ (2549) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยเสริมทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เช่น บทบาทของบิดามารดา คู่สมรส เนื่องจากความสัมพันธ์และความใกล้ชิดจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก ความผูกพันและความเอื้ออาทรช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในการดูแลได้มากขึ้น จากการศึกษาของอุดมศักดิ์ (2550) ศึกษาความต้องการการดูแลจากครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราร้อยละ 49 มีภรรยาเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นอยู่ในระดับมาก การศึกษาของราพรรณ (2552) ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการควบคุมโรคของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 36.5 และเป็นภรรยาร้อยละ 29.40 การศึกษาของ เตื่อนใจ (2548) ชลาทิพย์ (2549) ประกอบพร (2550) และแก้วตา(2554) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31- .59$) นอกจากนี้การศึกษาของวชิราพรรณ (2553) ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

ระยะเวลาในการดูแล เป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 2001) ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแล จะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกรดูแล แต่การดูแล

ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียด และเกิดปัญหา กับตัวผู้ดูแลเอง จากการศึกษาของ แก้วตา (2554) เตือนใจ (2548) พัทรี (2551) และภรภัทร (2550) พบว่า ระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23-.48$) สอดคล้องกับการศึกษาของสำอางค์ (2550) ศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิตพบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี จะมีความสามารถในการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น แต่การศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32$) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่มีระยะเวลามากกว่า 1 ปี แต่มีสภาพร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจในการดูแล ผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการดูแลน้อยลง จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบนอกจากนี้การศึกษาของชลาทิพย์ (2549) พบว่า ระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่สามารถบริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานได้อย่างอิสระ เช่น เกษตรกรรมหรือแม่บ้านมีอิสระในการทำงาน ทำให้มีเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งต่างจากผู้ดูแลที่ต้องทำงานนอกร้าน เช่น อาชีพ รับราชการ อาชีพโรงงาน โดยมีการกำหนดเวลาการทำงานที่แน่นอนทุกวัน มักมีเวลาในการดูแล ผู้ป่วยได้น้อยลง จากการศึกษาของสำอางค์ (2550) พบว่า ผู้ดูแลที่มีเวลาทำงานอิสระ เช่น อาชีพ เกษตรกรรม และอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำให้ผู้ดูแลสามารถบริหารเวลาได้อย่างอิสระจะส่งเสริมให้ ผู้ดูแลมีความสามารถจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

รายได้ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลของบุคคลที่มีต่อตนเองและ บุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพราะว่ารายได้สูงสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยและเอื้อต่อการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น แต่ในทาง ตรงกันข้ามบุคคลที่มีรายได้ต่ำ จำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ทำให้ความสามารถในการแสวงหา แหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสวงหา ปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของสุวิมล (2550) และพัชรี (2551) พบว่า รายได้ ครอบครัวยุคที่เพียงพอจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถ สนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถใน การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยบุคคลที่มีการศึกษาจะแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำ ได้ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา(Orem, 2001) จากการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี จะมีความสามารถ

อยู่ในระดับมาก ขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ มีความสามารถระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจไม่มีทักษะพอที่จะแสวงหาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หรือตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อสงสัยจากแพทย์

ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลายาวนานทำให้ได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถการดูแลเพื่อเพิ่มทักษะในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนู (2549) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดทักษะ มีความมั่นใจ นำความรู้ไปใช้ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จะทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งได้ดี และอำไพย (2550) ศึกษาในผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลจะรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กทำให้สามารถดูแลสุขภาพและมีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแล ดังนี้

ความรู้ ความรู้เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราว ทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติหรือนำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิมได้ ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของวชิราพรรณ (2553) ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ การศึกษาของเดือนใจ (2548) พบว่าความรู้เกี่ยวกับกึ่งดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของบุคคล ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับคือ การหายจากโรคหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้น ได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันตรายที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .78$) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลสูง ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลให้ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาโดยเร็ว

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นอาจทำอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีผลต่อจิตใจ หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว เป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Janz & Becker, 1984) จากการศึกษาของพัชรี

(2551) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง รักษาไม่หายขาด และต้องรักษาต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ว่ารุนแรง จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ โดยเฉพาะความรู้และคำแนะนำที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี

ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น การกระทำ สถานการณ์ บุคคล สิ่งของ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความเชื่อที่ฝังอยู่ในจิตใจของผู้ดูแลแต่ละคน หากผู้ใดมีความรู้สึกและความเชื่อที่ดีแล้ว การปฏิบัติของบุคคลนั้นก็จะดีตามไปด้วย จากการศึกษาของวชิราพรธรรม (2553) พบว่า ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดี จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี การศึกษาของชลาทิพย์พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$)

ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมในส่วนของการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเข้าไปแก้ไขปัญหาได้ เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถปรับเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20$)

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งเหตุการณ์ทางบวกและเหตุการณ์ทางลบเป็นผลจากการกระทำ ทักษะหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้นั้น บุคคลกลุ่มนี้จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงจูงใจในบุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล วชิราพรธรรม (2553) ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความเชื่อมั่นภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลางซึ่งน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเนื่องจาก ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย จึงจำเป็นต้องพึ่งพามุคคนอื่นในการดูแล เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคลและอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีอิทธิพลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ตลอดจนเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 2,580 คน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของแก้วตา (2554) ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.46 แต่เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.25 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 เปิดตารางของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์มีประชากร 527 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 25 คน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีประชากร 2,053 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 98 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยอาจจะเป็นสามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือ ญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
 2. เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
 3. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ อ่านออกเสียงได้ ฟังภาษาไทยได้
- ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุเปิดให้บริการในแต่ละวันมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำรายชื่อมาเรียงลำดับ จากนั้นสุ่มแบบคนเว้นคน โดยเริ่มจากคนแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และโรคทางกายอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ เอสเอฟ 12 Short Form Health Survey (SF-12) ที่ใช้ประเมิน ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) วิชช์, พรหมทิพา, และกนกพร (2550) ได้นำ เครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจำนวน 386 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .77 ณรงค์กร (2557) นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 155 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87 ชลาทิพย์ (2549) นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง จำนวน 110 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .82 มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	จำนวน 1 ข้อ
ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อจำกัดทางด้านร่างกาย	จำนวน 2 ข้อ
ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	จำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บปวดที่มีต่อการทำงาน จำนวน 1 ข้อ
ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
ข้อคำถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ ข้อที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่

ดีที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	5
ดีมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ดี	ให้คะแนนเท่ากับ	3
พอใช้	ให้คะแนนเท่ากับ	2
แย่	ให้คะแนนเท่ากับ	1

ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อที่ 2 และข้อที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ได้แก่

ใช่/ถูกจำกัดมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	1
ใช่/ถูกจำกัดเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2
ไม่ใช่/ไม่ถูกจำกัด	ให้คะแนนเท่ากับ	3

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อเกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และ ข้อที่ 9-12 เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	1
เป็นส่วนใหญ่	ให้คะแนนเท่ากับ	2
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	3
นานๆครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ไม่เคยเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	5

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บปวดที่มีต่อการทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อที่ 8 เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	5
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	2
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน

แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร (100/ผลต่างของช่วงคะแนน) x (คะแนนเต็ม - ค่าคะแนนต่ำสุด) คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

นอกจากนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11, 12 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลโดยแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Maruish, 2012)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในภาพรวม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยการบอกเป็นตัวเลข (numerical rating scale) การวัดโดยใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 10 ช่องๆละ 1 เซนติเมตร โดยกำหนดให้ ปลายสุดทางซ้ายมือมีค่าคะแนนเป็น 0 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด ส่วนคะแนนทางขวามือมีคะแนนเป็น 10 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงมากที่สุด ให้ผู้ดูแลบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในขณะที่ให้การดูแล ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ประเมินความรุนแรงของโรคได้ละเอียดขึ้น สามารถเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ประเมินสามารถมองภาพรวมของระดับความรุนแรงของโรคได้ (Reich, 2012)

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของวอลตันและคณะ (Wallston et al.,1978) ซึ่งกรรณิการ์ เป็นผู้แปล พัฒนาโดย วชิราพรธณ (2553) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ แบบวัดฉบับนี้มีลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1-6 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 6 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านปานกลาง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านปานกลาง
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านเลย

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550) ได้ระยะห่างระหว่างชั้นเท่า 1.33 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00 - 2.67 หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับต่ำ
 2.68 - 4.35 หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
 4.36 - 6.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย

ด้าน โภชนาการ	จำนวน 4 ข้อ
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	จำนวน 4 ข้อ
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	จำนวน 4 ข้อ
ด้านการขับถ่าย	จำนวน 5 ข้อ
ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย	จำนวน 4 ข้อ
ด้านสุขอนามัย	จำนวน 4 ข้อ
ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติได้มากที่สุด
4	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติได้มาก
3	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติได้ปานกลาง
2	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติได้น้อย
1	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลผล คะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรายภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550) ได้ระยะห่างระหว่างขั้นเท่า 1.00 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับน้อย
 2.34 - 3.67 หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
 3.68 - 5.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาเหมาะสม หลังจากผู้ทรงตรวจสอบแล้วนำไปปรับแก้ตรวจสอบใหม่จนสมบูรณ์ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ ได้ค่า CVI ของทุกแบบสอบถามเท่ากับ 1.00 ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การวิจัยหรือผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและได้รับวุฒิบัตรการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่า 5 ปี และได้รับวุฒิบัตรการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, และ.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูลและผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภายใต้การแนะนำ และการดูแลจากผู้วิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัย และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เสนอ โครงการวิจัยและแบบสอบถามผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุเปิดให้บริการในแต่ละวันมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำรายชื่อมาเรียงลำดับ จากนั้นสุ่มแบบคนเว้นคน โดยเริ่มจากคนแรก

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ ทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อให้เป็นผู้ประสานแจ้งผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรือยินยอมด้วยวาจา

2.4 หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้ฟังตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบคำถามทุกครั้ง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15- 20 นาที หลังทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอรับแบบสอบถามคืนทันที

2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ สำหรับส่วนที่ไม่สมบูรณ์ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบจนครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.6 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของการวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ ศธ 0521.1.05/1060 ลงวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2559 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์เลขที่ 29/2559 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่ 092/2559 ลงวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2559

2. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพความเป็นส่วนตัว มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นไปตามการยินยอม ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือชี้แจงใดๆและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนให้การช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเกิดความไม่สบายใจ หรือกระทบกระเทือนจิตใจ โดยผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

3.1 ยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้เต็มที่ ด้วยการรับฟังอย่างตั้งใจ

3.2 แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ เข้าใจกลุ่มตัวอย่าง และตั้งใจรับฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างบอกเล่า

3.3 พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่นอกเหนือความสามารถของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวแปรขึ้นไป โดยใช้วิธี แบบปกติ (enter) ทั้งนี้ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ, 2553) (ภาคผนวก จ) ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ในอัตรากาชันขึ้นไป (interval level)

3.2 ตัวแปรอายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ส่วนตัวแปรระยะเวลาในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution จึงแปลงตัวแปรเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

3.4 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน scatter plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์

3.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity) ซึ่งตรวจสอบโดย

3.5.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งค่าที่ได้ไม่ควรเกิน .65 (Burns & Grove, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันไม่เกิน .65

3.5.2 ตรวจสอบโดยใช้ สถิติ collinearity statistics คูณได้จากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .897 - .937 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.047 - 1.115

3.6 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามว่าเป็นอิสระจากกัน (autocorrelation) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin - Watson ดูจากตารางผลลัพธ์ Model Summary ซึ่งค่า Durbin - Watson มีค่าใกล้ 2 นั่นคืออยู่ในช่วง 1.5 ถึง 2.5 (บุญใจ, 2553) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ค่าดูบิน - วัตสัน (Dubin - Watson) เท่ากับ 2.385 แสดงว่า ไม่เกิด autocorrelation หรือข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน หมายความว่าข้อมูลของตัวแปรที่ได้มา ไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ารายด้านและโดยรวม
3. ระดับการรับรู้ของปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
5. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (N=123)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	30.9
หญิง	85	69.1
อายุ(ปี) ($M=46.50, Md=45.00, Min=19.00, Max= 80.00, SD=12.41$)		
≤ 20 ปี	2	1.6
21-40 ปี	50	40.6
41-60 ปี	51	41.5
≥ 61 ปี	20	16.3
ศาสนา		
พุทธ	116	94.3
อิสลาม	7	5.7
สถานภาพสมรส		
โสด	20	16.3
สมรส	94	76.4
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	7.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.6
ประถมศึกษา	27	22.0
มัธยมศึกษา	35	28.4
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8	6.5
ปริญญาตรี	45	36.6
สูงกว่าปริญญาตรี	6	4.9

ตาราง 1(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	7	5.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	30.1
รับจ้าง	17	13.8
เกษตร/ทำสวน/ทำไร่	37	30.1
ข้าราชการ	15	12.2
ข้าราชการบำนาญ	9	7.3
อื่นๆ(นักศึกษา)	1	0.8
รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล ($M=20,221.95$, $Md=15,000$, $Min=0$, $Max=200,000$, $SD=23201.96$)		
น้อยกว่า10,000 บาท	47	38.2
10,001-20,000 บาท	43	35.0
มากกว่า 20,001 บาท	33	26.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	93	75.6
ไม่เพียงพอ	30	24.4
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	91	74.0
มีโรคประจำตัว	32	26.0
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่ชีวิต	24	19.5
บิดา/มารดา	4	3.3
บุตร	75	61.0
หลาน	11	8.9
พี่/น้อง	6	4.9
อื่นๆ(บุตรสะใภ้)	3	2.4
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ($M=5.24$, $Md=4$, $Min=6$ เดือน, $Max=30$ ปี, $SD=4.99$)		
≤ 5 ปี	87	70.7
> 5 ปี	36	29.3

จากตาราง 1 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.1) มีอายุต่ำที่สุด 19 ปี และมากที่สุด 80 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.50 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-59 ปี (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.6) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 30.1) ซึ่งมีจำนวนเท่ากับอาชีพเกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่ (ร้อยละ 30.1) มีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือนโดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 75.6) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 61) และมีระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุด 6 เดือนและมากที่สุด 30 ปี มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 70.7)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (N=123)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	30.9
หญิง	85	69.1
อายุ (ปี) ($M=70.49$, $Min=60.00$, $Max=90.00$, $SD=8.01$)		
60-70	68	55.3
71-80	37	30.1
81-90	18	14.6
ศาสนา		
พุทธ	115	93.5
อิสลาม	8	6.5
สถานภาพสมรส		
โสด	7	5.7
สมรส	70	56.9
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	46	37.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	12.2
ประถมศึกษา	85	69.1
มัธยมศึกษา	9	7.3
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	5	4.1
ปริญญาตรี	8	6.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	61	49.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15	12.2
เกษตร/ทำสวน/ทำไร่	34	27.6
ข้าราชการบำนาญ	13	10.6
อายุที่เริ่มป่วย ($M=64.84$, $Min=37$, $Max=85$, $SD=9.55$)		
≤ 60 ปี	46	37.4
> 60 ปี	77	62.6
ระยะเวลาในการป่วย ($M=5.65$ ปี, $Md=5$ ปี $Min=6$ เดือน, $Max=30$ ปี, $SD=5.25$)		
ระยะเวลาในการบำบัดรักษา ($M=4.65$, $Md=3$ ปี, $Min=6$ เดือน, $Max=25$ ปี, $SD=4.55$)		
โรคทางกาย		
ไม่มี	52	42.3
มี	71	57.7

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 69.1) มีอายุต่ำที่สุด 60 ปีและมากที่สุด 90 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.49 โดยมีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 55.3) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน (ร้อยละ 49.6) โดยผู้ป่วยเริ่มป่วยในช่วงอายุ 37-85 ปี ส่วนใหญ่ป่วยหลังอายุ 60 ปี (ร้อยละ 62.6) มีระยะเวลาในการป่วยต่ำที่สุด 6 เดือนและมากที่สุด 30 ปี มีระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 5 ปี มีระยะเวลาในการบำบัดรักษาเฉลี่ย 3 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 57.7)

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ารายด้านและ
โดยรวม

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	4.04	0.69	มาก
ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย	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 3 พบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = 0.66$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับมาก มี 3 ด้านคือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย และด้านสุขอนามัย ส่วนด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้านคือ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านการขับถ่าย โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ($M = 4.04$, $SD = 0.69$) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านการขับถ่าย ($M = 3.00$, $SD = 0.97$)

3. ระดับการรับรู้ของปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (N = 123)

ปัจจัยทำนาย	การรับรู้					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	35	28.5	50	40.7	38	30.9
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ			48	39.0	75	61.0

จากตาราง 4 พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 40.7 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลร้อยละ 61.0 มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (N = 123)

ปัจจัยทำนาย	การรับรู้			
	สุขภาพไม่ดี		สุขภาพดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	12	9.8	111	90.2

จากตาราง 5 พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 90.2 รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ($N = 123$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1					
2. ระยะเวลาในการดูแล	.177	1				
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-.204*	.031	1			
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.151	-.005	-.033	1		
5. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	-.064	.147	.149	.127	1	
6. ความสามารถในการดูแล	-.122	-.040	.003	-.058	.439**	1

* $p < .05$

** $p < .01$

จากตาราง 5 พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) ของปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .439, p < .01$)

5. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 7

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ($N = 123$)

ตัวแปรทำนาย	B	$S.E.$	β	T	p -value
Constant	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

F Chang = 6.881, $R^2 = .227$, $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้นำเข้าตัวแปร 5 ตัว คือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.7 ($R^2 = .227$, $p < .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ($\beta = .474$, $t = 5.638$, $p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

การศึกษานี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = 0.66$) (ตาราง 3) ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ ตามกรอบแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ในที่นี้มีทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและขัดขวางความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่คาดว่าช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย อายุ ประสบการณ์การดูแล และระดับการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เพศของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.10) (ตาราง 1) ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยเลี้ยงดูสั่งสอนให้เพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้าน และดูแลบุคคลในครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ส่วนผู้ชายมีบทบาทในการทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ของครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในระดับสูง (จินตนา, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและพบว่ามีความสามารถในการดูแลในระดับสูง (ชลาทิพย์, 2549; เตือนใจ, 2548; เนตรชนก, 2551; ประกอบพร, 2550; พัทรี, 2551; ราพรรณ, 2552; สำอาง, 2550)

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 61.0) (ตาราง 1) ซึ่งบุตรหลานจะถูกหล่อหลอมจากการเลี้ยงดู ประเพณีและวัฒนธรรมไทยให้มีความรัก เคารพ กตัญญูต่อบิดา มารดา และผู้มีพระคุณ ต้องตอบแทนบุญคุณบุพการี (สุพัตรา, 2545) และเนื่องจากความสัมพันธ์และความใกล้ชิดจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก ความผูกพันและความเอื้ออาทรช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในการดูแลได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ (2548) ชลาทิพย์ (2549) ประกอบพร (2550) และแก้วตา (2554) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 46.50 ปี ($SD = 12.41$) (ตาราง 1) ซึ่งเป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงที่สามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดีและเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก ทำให้มีทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามวัยและจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุวัยผู้ใหญ่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (แก้วตา, 2554; ราพรรณ, 2552; วชิราพรรณ, 2553; สนธยา, 2550; สำอาง, 2550)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.60) (ตาราง 1) ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาโดยบุคคลที่มีการศึกษาจะแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้ตลอดจนสนใจซักถามปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของพัทรี (2551) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี จะมีความสามารถอยู่ในระดับมาก

สำหรับปัจจัยที่อาจขัดขวางความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

อายุของผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มีอายุเฉลี่ย 70.49 ปี ($SD = 8.01$) (ตาราง 2) ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกายความ

เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคจิตเวช ทำให้ประสิทธิภาพของประสาทการรับรู้และความทรงจำต่างๆลดลง (พรรณธร, 2555) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะในการดูแลมากขึ้นและต้องใช้เวลาที่ยาวนานขึ้นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลมักต้องเน้นย้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆบ่อยครั้งขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก น่าเบื่อหน่ายและเป็นผลให้ผู้ดูแลให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง

ระยะเวลาในการดูแล จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี (ตาราง 1) ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพนอกบ้านได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบ และอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้ และขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลน้อยลง

รายได้ของผู้ดูแล พบว่ารายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือน และส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 38.2) (ตาราง 1) ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง

ด้วยเหตุดังกล่าวจึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับมาก มี 3 ด้าน คือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย และด้านสุขอนามัย ตามลำดับ (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าโดยจะคอยสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและดูแลเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย (บุญยกพ, 2550) และผู้ดูแลยังตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมาหากผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขึ้นซึ่งอาจมีผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่และทุกเวลา (สุวรรณีย์, 2554) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเอาใจใส่เรื่องความสุขสบายและการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพ (ลิวรรณ, 2553) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความสามารถดังกล่าว เป็นกิจกรรมการตอบสนองการดูแลในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญ ประกอบกับการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้เป็นอย่างดี (เสาวภา, 2551)

สำหรับด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้าน คือ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านการขับถ่าย

(ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะแสดงออกในลักษณะของอาการเจ็บป่วยทางกาย (พิชัยและศิริไชย, 2558) กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องการนอน เช่น นอนไม่หลับ นอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย ตื่นบ่อย ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ บางคนนอนหลับง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (เพลินพิศ, 2559) ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการจัดการเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับที่เพียงพอ ผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร ความรู้สึกอยากอาหารลดลง ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด และจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องฟัน การกลืน การขบเคี้ยว (เพลินพิศ, 2559) ผู้ดูแลจึงเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเลือก และการปรุงอาหารแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อ และไม่สนใจ เก็บตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ดวงใจ, 2553) ผู้ดูแลต้องช่วยกระตุ้นและจัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆตามความถนัดและศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ความอดทนและความพยายามมาก และอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย และละเอียดในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ และผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (ลิวรรณ, 2553) ผู้ดูแลจึงต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับบางคน และผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นเรื่องส่วนตัว รู้สึกเขินอาย จึงไม่ได้บอกปัญหาและความต้องการให้ผู้ดูแลทราบ (พิรพนธ์, 2553) จะเห็นได้ว่าความสามารถดังกล่าว เป็นกิจกรรมการตอบสนองการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างมีความซับซ้อนเนื่องจากการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแล และนอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้ดูแลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองตามศักยภาพ ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า

จากการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.7 ($R^2 = .227, p < .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ ($\beta = .474, t = 5.638, p < .01$) (ตาราง 7) สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (internal locus of control) ของผู้ดูแลเป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งเหตุการณ์ทางบวกและเหตุการณ์ทางลบเป็นผลจากการกระทำ ทักษะหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้นั้น บุคคลกลุ่มนี้จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในบุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล (Rotter, 1966) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระดับของความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูง(ร้อยละ 61.0) (ตาราง 4) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีของฟิชบายน์และไอน์เซ็น (Fishbein & Ajzen, 1975) ที่เชื่อว่าความเชื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเชื่อ (beliefs) โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อว่า หากทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งผลลัพธ์จะออกมาในแง่บวกก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆ หากเชื่อว่าผลลัพธ์จะไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ความเชื่อนี้เรียกว่าความเชื่อต่อพฤติกรรม (behavior beliefs) ซึ่งความเชื่อจะมีผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวชิราพรธรรม (2553) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความเชื่อมั่นคงภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่ายังมีหลายปัจจัยที่ไม่สามารถอธิบายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า สามารถอภิปรายได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในบริบทของสังคมไทยและสังคมพุทธศาสนาที่มีความเชื่อว่าลูกหลานถูกคาดหวังให้ดูแลบิดามารดาเมื่อยามชราภาพและยังเป็นค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวที ถึงแม้จะมีความเป็นอยู่อย่างไรต้องไม่ทอดทิ้งบิดามารดา (ศิริพันธุ์, 2554) ซึ่งบุตรหลานจะถูกหล่อหลอมจากการเลี้ยงดู ประเพณีและวัฒนธรรมไทยให้มีความรัก เคารพ กตัญญูกตเวทีต่อ บิดา มารดา และผู้มีพระคุณ ต้องตอบแทนบุญคุณบุพการี (สุพัตรา, 2545) หรือเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบุพการีเมื่อเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 61.0) นอกจากนี้ในบทบาทที่สังคมให้ความคาดหวังกับผู้ดูแลแล้วเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ ฉะนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลอาจเกิดจากความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแล ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีอายุเท่าใด หรือมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไรก็ตาม ประกอบกับปัจจุบันผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาล ทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรสุขภาพ โดยช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ รวมทั้งมีขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำคำแนะนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เสาวภา, 2551) และ

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว อาจมีช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และช่วงที่อาการกำเริบ เริ่มแยกตัว มีอารมณ์เศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย (พิชัย และศิริไชย, 2558) ซึ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมานานเท่าใด แต่อาการของโรคก็สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาและเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคเกี่ยวกับอารมณ์ การแสดงออกของอาการได้หลายรูปแบบ บางครั้งผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจนเช่นผู้ป่วยโรคทางกายที่มีอาการกำเริบ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สังเกตอาการเหล่านั้นประกอบกับผู้ดูแลไม่ทราบถึงผลกระทบหรือความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.7) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาของ ชลาทิพย์ (2549) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว การศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยสรุปจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ร้อยละ 22.7 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ($r = .439, p < .01$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ทั้งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ 2 แห่ง เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 123 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และโรคทางกายอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบจากการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ เอสเอฟ 12 Short Form Health Survey (SF-12) ที่ใช้ประเมิน ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในภาพรวม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยการบอกเป็นตัวเลข (numerical rating scale) เชิงเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่องๆละ 1 เซนติเมตร ที่แสดงถึงการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในขณะที่ให้การดูแล

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของวอลตันและคณะ (Wallston et al.,1978) ซึ่งกรรณิการ์ เป็นผู้แปล พัฒนาโดย วชิราพรธม (2553) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านสุขอนามัย และด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาเหมาะสม หลังจากผู้ทรงตรวจสอบแล้วนำไปปรับแก้ตรวจสอบใหม่จนสมบูรณ์ ข้อคำถามแต่ละข้อต้องผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ ได้ค่า CVI ของทุกแบบสอบถามเท่ากับ 1.00

2. ความเที่ยงของเครื่องมือของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, และ.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter regression analysis)

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.1) มีอายุต่ำที่สุด 19 ปี และมากที่สุด 80 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.50 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-59 ปี (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.4) จบการ

ศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.6) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 30.1) ซึ่งมีจำนวนเท่ากับอาชีพเกษตร/ทำสวน/ทำไร่(ร้อยละ 30.1) มีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/เดือนโดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 75.6) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร(ร้อยละ 61) และมีระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุด 6 เดือนและมากที่สุด 30 ปี มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 70.7)

1.2 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 69.1) มีอายุต่ำที่สุด 60 ปีและมากที่สุด 90 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.49 โดยมีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 55.3) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน (ร้อยละ 49.6) โดยผู้ป่วยเริ่มป่วยในช่วงอายุ 37-85 ปี ส่วนใหญ่ป่วยหลังอายุ 60 ปี (ร้อยละ 62.6) มีระยะเวลาในการป่วยต่ำที่สุด 6 เดือนและมากที่สุด 30 ปี มีระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 5 ปี มีระยะเวลาในการบำบัดรักษาเฉลี่ย 3 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 57.7)

2.ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.58, SD = 0.66$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับมาก มี 3 ด้านคือ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย และด้านสุขอนามัย ส่วนด้านที่มีระดับความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ด้านคือ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านการขับถ่าย โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ($M = 4.04, SD = 0.69$) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านการขับถ่าย ($M = 3.00, SD = 0.97$)

3.ปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้นำเข้าตัวแปร 5 ตัว คือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.7 ($R^2 = .227, p < .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ($\beta = .474, t = 5.638, p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่ออำนาจภายในตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลของผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้และสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เป็นต้น

1.2 จัดกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลด้านต่างๆ เช่น การดูแลด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านการขับถ่าย เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เช่น ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ การรับรู้พลังอำนาจในการดูแล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์.
- กัลยา วานิชบัญญัติ. (2555). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพมหานคร: ชรรณสาร.
- กาญจนา ปัญญาธร. (2557). การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 33-39.
- เกสร ลำเภาทอง. (ม.ป.ป.). *ครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. ม.ป.ท.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 35- 49.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์
- ชรัตน์ ต้นดีอานวย. (2550). *ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ชลาทิพย์ ทองมอญ. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- ดวงใจ กสถานติกุล. (2553). *เอกสารประกอบการสอนโรคอารมณ์ผิดปกติ*. ค้นจาก <http://haamor.com/th>
- เดือนใจ กักดีพรหม. (2548). *ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชนพร จิวสุวรรณ. (2557). *อาหาร การกินในวัยผู้สูงอายุ*. ค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th>
- ชรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วชิระ เฟ็งจันทร์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, รุ่งมณี ยิ่งยืน...,...ศิริจันทร์ สุขใจ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. ม.ป.ท.

- นพวรรณ บัวทอง. (2559). *คู่มือป้องกันการฆ่าตัวตาย*. ค้นจาก https://www.hosdoc.com/index.php?option=com_content&view=article&id=102:guide-to-prevent-suicide&Itemid=46
- เนตรชนก รักชาววงศ์. (2551). *การเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู แอนไออินเทอร์เน็ตมีเดียจำกัด.
- เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). *บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, อุดรดิตถ์.
- บุญยกภ สัทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะ โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ยูเนียน ศรีเอชั่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งแสงการพิมพ์จำกัด.
- พัชรี พร้อมมูล. (2551). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิชัย อิกฐสกุลและศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). *โรคซึมเศร้า*. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาริบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 167-189). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *โรคซึมเศร้า*. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (บรรณาธิการ), *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า* (หน้า 1- 27). กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพชร.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2559). *การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ภรภัทร อิม โอลิว. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- มาร์ติน อี.เค. (2553). *โรคซึมเศร้า*. ม.ป.ท.
- รศรินทร์ เกรย์, และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 20(1), 203-228.
- ราพรรณ จันทรมณี. (2552). ความสามารถของผู้ดูแลในการควบคุมโรคของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาและระบบประสาทอื่นๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วชิราพรรณ เทพิน. (2553). *ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2558). ภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ*, (หน้า 86-93). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อีส ออกัส จำกัด.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *โรคซึมเศร้า*. ค้นจาก http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge_article/knowledge_healthy_7_009.html
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เจพรีน.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวณิชย์, และ ธนิกานต์ สักดาพร (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. *วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอคทีฟ เพริน จำกัด.
- ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ. (2557). *อาหารการกินในวัยผู้สูงอายุ*. ค้นจาก <http://www.bangkokhealth.com>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. เพรินดิง.

- สนธยา มณีรัตน์. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). *ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาตินี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญพงษ์, และรศรินทร์ เกรย์. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 75-92.
- สุพัตรา สุภาพ. (2545). *สังคมวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุพัตรา แสงรุจิ. (2555). *อาหารผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. (2556). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมล สนั่นชาติวานิช. (2550). *ความสามารถในการปฏิบัติของครอบครัวในการเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตนในผู้ติดสุรา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ลำอังกค์ พันธุ์ประทุม. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เสาวภา บุญอมรัตน์. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน*. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 47(3), 181-187.
- หทัยชนก สุจิต. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*
- อนุ อิศระพานิช. (2549). *ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา

- อรพรรณ ถีอนุชัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวี.พริ้นท์ จำกัด.
- อุดมศักดิ์ สุขภักดี. (2550). *ความต้องการการดูแลจากครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา*.
 สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อำไพ แก้วบัณฑิต. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Browning, M. A., & Hogstel, M. O. (1994). Family support. In M. O. Hogstel. (Ed.). *Nursing care of the older adult* (3 rd ed., pp. 406-434). New York: Delmar.
- Carers, U. K. (2005). *Caring about carers*. Retrieved from [http:// www.carers.gov.uk](http://www.carers.gov.uk).
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample older adults. *The Gerontologist, 48*, 593-602.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiver to the frail elderly. In C. Eisdorfer. (Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics* (pp.194-246). New York, NY: Springer Publishing.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1-47.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2012). *User's manual for the SF-12v2 Health Survey* (3 rd ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults: Theory and practice* (3 rd ed.). Philadelphia; PA: Lippincott.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9 th ed.). Philadelphia; PA: Lippincott.
- Reich, A., Heisig, M., Phan, N. Q., Taneda, K., Takamori, K., Takeuchi, S., ... & Szepletowski, J. C. (2012). Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. *Acta dermato-venereologica*, *92*(5), 497-501.
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary care*. London: Routledge.
- Rotter, J. B. (1996). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1-28.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Mood disorders. In *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry*. (10 th ed., pp. 527-578). Philadelphia; PA: Lippincott.
- Schott-Baer, D. (1993). Dependent care caregiver burden and self-care agency of spouse caregiver. *Cancer Nursing*, *16*, 230-236.
- 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.
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2009). *SF-12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: Results from the medical outcomes study. *Archives of General Psychiatry*, *49*(10), 788-794.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าจำนวน 30 ข้อ

2.กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามและแบบวัดในแต่ละตอน และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ โดยตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

3.ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษานี้เท่านั้น โดยการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะไม่เกิดผลเสียประการใดต่อท่าน หลังจากเสร็จสิ้นการทำวิจัยแล้ว ข้อมูลของท่านในการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. คริสต์

() 3. อิสลาม

() 4. อื่นๆ.....

4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. สมรส

() 3. หม้าย

() 4. หย่าร้าง

() 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

() 5.ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน

() 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

() 3. รับจ้าง

() 4. เกษตร/ทำสวน/ทำไร่

() 5.รับราชการ

() 6. เกษียณอายุ

() 7. อื่นๆ ระบุ

7. รายได้ของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอ

() 2. ไม่เพียงพอ

9. โรคประจำตัว

() 1. ไม่มีโรคประจำตัว

() 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

10. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

() 1. คู่ชีวิต

() 2. บิดา/มารดา

() 3. บุตร

() 4. หลาน

() 5. พี่/น้อง

() 6. อื่นๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....วัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ท่าน ได้ให้การดูแล

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. คริสต์

() 3. อิสลาม

() 4. อื่นๆ.....

4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. สมรส

() 3. หม้าย

() 4. หย่าร้าง

() 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

() 5.ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน

() 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

() 3. รับจ้าง

() 4. เกษตร/ทำสวน/ทำไร่

() 5. รับราชการ

() 6. เกษียณอายุ

() 7. อื่นๆ ระบุ

7. อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า.....ปี

8. ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า.....ปี

9. ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษา.....ปี

10. โรคทางกายอื่นๆ

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ดูแล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน แต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	<input type="checkbox"/> (1) ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> (2) ดีมาก	<input type="checkbox"/> (3) ดี	<input type="checkbox"/> (4) พอใช้	<input type="checkbox"/> (5) แย่
1. โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> (1) ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> (2) ดีมาก	<input type="checkbox"/> (3) ดี	<input type="checkbox"/> (4) พอใช้	<input type="checkbox"/> (5) แย่
2. สุขภาพของท่านในตอนนี้ทำให้ท่านถูกจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ เช่น กิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การย้ายโต๊ะ การกวาดพื้น การทำสวน การปั่นจักรยานหรือการว่ายน้ำ	<input type="checkbox"/> (1) ใช่/ถูกจำกัดมาก	<input type="checkbox"/> (2) ใช่/ถูกจำกัดเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> (3) ไม่ใช่/ไม่ถูกจำกัด		
3. สุขภาพของท่านในตอนนี้ทำให้ท่านถูกจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ เช่น การเดินขึ้นบันไดขึ้นตึก 2-3 ชั้นหรือเดินขึ้นเนิน	<input type="checkbox"/> (1) ใช่/ถูกจำกัดมาก	<input type="checkbox"/> (2) ใช่/ถูกจำกัดเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> (3) ไม่ใช่/ไม่ถูกจำกัด		
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ปัญหาทางสุขภาพทางกายของท่านมีผลทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอื่นๆ สำเร็จได้น้อยกว่าที่ต้องการ	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ปัญหาทางสุขภาพทางกายของท่านทำให้ท่านถูกจำกัดชนิดของงานหรือกิจกรรมที่ท่านสามารถทำได้	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ปัญหาทางอารมณ์(เช่น รู้สึกซึมเศร้าหรือวิตกกังวล) มีผลผลทำให้ท่านทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอื่นๆ สำเร็จได้น้อยกว่าที่ต้องการ	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ปัญหาทางอารมณ์(เช่น รู้สึกซึมเศร้าหรือวิตกกังวล) ทำให้ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ด้วยความระมัดระวังน้อยกว่าปกติ	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บปวดตามร่างกายมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันตามปกติของท่านมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> (1) ไม่เลย	<input type="checkbox"/> (2) เล็กน้อย	<input type="checkbox"/> (3) ปานกลาง	<input type="checkbox"/> (4) ค่อนข้างมาก	<input type="checkbox"/> (5) มากที่สุด
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกใจเย็นและสงบ	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกท้อแท้และซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย
12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปัญหาทางสุขภาพทางกายและปัญหาทางอารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติมิตร	<input type="checkbox"/> (1) ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> (2) เป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> (3) เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> (4) นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> (5) ไม่เคยเลย

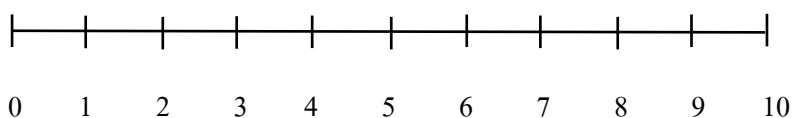
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้ของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ท่านดูแล โดย

0 หมายถึง ไม่รุนแรงเลย

10 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงมากที่สุด

ท่านรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับใด



ไม่รุนแรงเลย

รุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุด

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านปานกลาง

ค่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย

ค่อนข้างไม่จริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่จริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านปานกลาง

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรหรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริงมากที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1. ท่านเชื่อว่าการดูแลของท่านเป็นตัวกำหนดว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการดีขึ้นเร็วหรือดีขึ้นช้า						
2. ท่านเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า						
3. เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอาการกำเริบท่านโทษตัวเอง						
4. ท่านเชื่อว่าสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะแข็งแรงหรือไม่ ขึ้นกับการดูแลของท่าน						
5. ท่านเชื่อว่าถ้าท่านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าดี ผู้สูงอายุจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ						
6. ท่านเชื่อว่าถ้าท่านปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้องผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี						

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความแต่ละข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านน้อย
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของท่านเลย

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านวางแผนในการเลือกอาหาร การปรุงอาหาร ให้แก่ผู้ป่วย					
2. ท่านจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และย่อยง่าย ให้แก่ผู้ป่วยครบทุกมื้อและมีสารอาหารครบ 5 หมู่					
3. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว					
4. ท่านติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ					
5. ท่านวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการงีบหลับในตอนกลางวัน และนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน					
6. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนให้เอื้อต่อการนอน เช่น แสงไม่สว่างจนเกินไป บรรยากาศเงียบสงบ					
7. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยวิธี อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ หรือทำสมาธิเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ					
8. ท่านติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน					
9. ท่านวางแผนในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย					

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้ปฏิบัติ
10. ท่านชักชวนหรือพาผู้ป่วยไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติ เช่น งานบวช งานประจำปี กิจกรรมทางศาสนา					
11. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20-60 นาที					
12. ท่านติดตามสอบถามเกี่ยวกับผลของการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย					
13. ท่านวางแผนในการดูแลการขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะของผู้ป่วย					
14. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทุกวัน					
15. กรณีผู้ป่วยท้องผูก ท่านดูแลให้ดื่มน้ำวันละ 1-2 ลิตร และรับประทานผัก ผลไม้ น้ำผลไม้ และหากท้องผูกมาก ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์					
16. กรณีผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วย บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นเกร็งไว้ นาน 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ					
17. ท่านติดตาม สอบถามการขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะของผู้ป่วยในแต่ละวัน					
18. ท่านวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
19. ท่านดูแลและระมัดระวังการลื่นในห้องน้ำและการ พลัดตกหกล้มภายในบ้าน					
20. ท่านจัดเก็บของมีคม สารเคมีหรืออุปกรณ์ที่เป็น อันตรายไว้ในที่ที่มีฉลาก					
21. ท่านสังเกตหรือติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วย					
22. ท่านมีแนวทางช่วยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย					

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้ปฏิบัติ
23. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย					
24. ท่านสังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาสาเหตุและช่วยเหลือตามอาการ					
25. ท่านติดตามสอบถามการทำกิจวัตรของผู้ป่วยในแต่ละวัน					
26. ท่านสังเกตอาการกำเริบของโรค เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย แยกตัว มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และมีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย					
27. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการ ชวนพูดคุย หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งที่น่าสนใจหรือ ประสบการณ์แห่งความสำเร็จ					
28. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่เกี่ยวข้องให้ตรงเวลาสม่ำเสมอ					
29. ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามวันนัด					
30. ท่านติดตามและสอบถามหลังให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเศร้า					

ภาคผนวก ข

โครงสร้างแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

	ด้านโภชนาการ	ด้านการนอนหลับพักผ่อน	ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ด้านการขยับถ่าย	ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ด้านสุขอนามัย	ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
การวางแผน	ท่านวางแผนในการเลือกอาหาร การปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วย	ท่านวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการจับหัดในตอนกลางวันและนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน	ท่านวางแผนในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย	ท่านวางแผนในการดูแลการขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย	ท่านวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	ท่านมีแนวทางช่วยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	ท่านวางแผนและมีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า
การปฏิบัติ	ท่านจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และย่อยง่ายให้แก่ผู้ป่วยครบทุกมื้อและมีสารอาหารครบ 5 หมู่	ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนให้เอื้อต่อการนอน เช่น แสงไม่สว่างจนเกินไป บรรยากาศเงียบสงบ	ท่านชักชวนหรือพาผู้ป่วยไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติ เช่น งานบวช งานประจำปี กิจกรรมทางศาสนา	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุกวัน	ท่านดูแลและระมัดระวังการลื่นในห้องน้ำและการพลัดตกหกล้มภายในบ้าน	ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย	ท่านส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการชวนพูดคุย หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยชอบ สิ่งทีภาคภูมิใจ

โครงสร้างแบบสอบถาม (ต่อ)

	ด้านโภชนาการ	ด้านการนอนหลับพักผ่อน	ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ด้านการขับถ่าย	ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ด้านสุขอนามัย	ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
การปฏิบัติ	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว	ท่านจัดกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยวิธี อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ หรือทำสมาธิเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ	ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20-60 นาที	กรณีผู้ป่วยท้องผูก ท่านดูแลให้ดื่มน้ำวันละ 1-2 ลิตร และรับประทานผักผลไม้ น้ำผลไม้ และหากท้องผูกมากท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย	ท่านจัดเก็บของมีคม สารเคมีหรืออุปกรณ์ที่เป็นอันตรายไว้ในที่ที่มิดชิด	ท่านสังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาสาเหตุและช่วยเหลือตามอาการ	ท่านกระตุ้นให้ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตเวชให้ตรงเวลา สม่ำเสมอต่อเนื่อง

โครงสร้างแบบสอบถาม (ต่อ)

	ด้านโภชนาการ	ด้านการนอนหลับ พักผ่อน	ด้านการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย	ด้านการขยับถ่าย	ด้านการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย	ด้านสุขอนามัย	ด้านการเจ็บป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า
การปฏิบัติ				ท่านกระตุ้นให้ ผู้ป่วยบริหาร กล้ามเนื้ออุ้งเชิง กรานโดยการ ขมิบก้นเกร็งไว้ นาน 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ			ท่านพาผู้ป่วยไปพบ แพทย์ตามวันนัด
การ ประเมินผล	ท่านติดตามปริมาณ อาหารที่ผู้ป่วย รับประทานในแต่ละ มื้อ	ท่านติดตาม สอบถามถึงปัญหา และอุปสรรคใน การนอนไม่หลับใน ตอนกลางคืน	ท่านติดตามสอบถาม เกี่ยวกับผลของการทำ กิจกรรมและการออก กำลังกาย	ท่านติดตาม สอบถามการ ขยับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะของ ผู้ป่วยในแต่ละวัน	ท่านติดตามความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	ท่านติดตาม สอบถามการทำ กิจวัตรของผู้ป่วย ในแต่ละวัน	ท่านติดตามและ สอบถามหลังให้ การช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า

ภาคผนวก ค

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยดิฉันนางสาวธมลวรรณ สีนาค นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ มีความสนใจ จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น โรค ซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าตามตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่อ อารมณ์ภายในตนเองด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้า ให้มีประสิทธิภาพ ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมตามเกณฑ์ของงานวิจัยนี้ คือ เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่วินิจฉัยว่าเป็น โรค ซึมเศร้า ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ เมื่อท่าน ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วม โครงการวิจัยพร้อมกันได้ลงลายมือ ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) แบบวัดภาวะ สุขภาพของผู้ดูแล 3) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 4) แบบวัดความเชื่ออารมณ์ ภายในตนเองด้านสุขภาพ และ 5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น โรค ซึมเศร้า การเข้าร่วมการวิจัยนี้ อาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจต่อตัวท่าน แต่ดิฉันได้มีแนวทาง สำหรับช่วยเหลือท่านไว้แล้ว การเข้าร่วมนั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ไม่มีผลกระทบต่อการ ได้รับการบริการและการบำบัดรักษาแต่อย่างใด และระหว่างการเข้าร่วมหากท่านเกิดความไม่ สดวกไม่สามารถเข้าร่วมต่อได้ท่านสามารถถอนตัวออกได้ตลอดเวลา

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการปรากฏชื่อของท่านในงานวิจัย โดยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ท่าน สามารถติดต่อกับดิฉัน นางสาวธมลวรรณ สีนาค ได้ที่ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ โทรศัพท์ 074-45-1360 (ในเวลาราชการ) และ 082-7314372 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ขอขอบพระคุณที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

นางสาวธมลวรรณ สีนาค

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายังได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

(นางสาวชมลวรรณ สีนาค)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้ารายข้อ

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าด้าน โภชนาการ (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1.ท่านติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ	3.60	0.96	ปานกลาง
2.ท่านจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และย่อยง่าย ให้แก่ผู้ป่วยครบทุกมื้อและมีสารอาหารครบ 5 หมู่	3.59	0.92	ปานกลาง
3.ท่านวางแผนในการเลือกอาหาร การปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วย	3.55	1.00	ปานกลาง
4.ท่านดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว	3.33	1.02	ปานกลาง

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าด้านการนอนหลับพักผ่อน (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1.ท่านติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ในการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน	3.76	0.87	มาก
2.ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนให้เอื้อต่อการนอน เช่น แสงไม่สว่างจนเกินไป บรรยากาศเงียบสงบ	3.72	0.91	มาก
3.ท่านวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการงีบหลับในตอนกลางวัน และนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน	3.62	1.00	ปานกลาง
4.ท่านช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยวิธี อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย สวดมนต์ หรือทำสมาธิเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ	3.31	1.06	ปานกลาง

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านชักชวนหรือพาผู้ป่วยไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับญาติ เช่น งานบวช งานประจำปี กิจกรรมทางศาสนา	3.58	0.98	ปานกลาง
2. ท่านวางแผนในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย	3.25	1.10	ปานกลาง
3. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20-60 นาที	3.22	1.08	ปานกลาง
4. ท่านติดตามสอบถามเกี่ยวกับผลของการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	3.14	1.05	ปานกลาง

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการขับถ่าย (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านติดตาม สอบถามการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วยในแต่ละวัน	3.23	1.17	ปานกลาง
2. กรณีผู้ป่วยท้องผูก ท่านดูแลให้ดื่มน้ำวันละ 1-2 ลิตร และรับประทานผัก ผลไม้ น้ำผลไม้ และหากท้องผูกมากท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์	3.27	1.11	ปานกลาง
3. ท่านวางแผนในการดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย	3.10	1.16	ปานกลาง
4. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุกวัน	3.02	1.12	ปานกลาง
5. กรณีผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นเกร็งไว้วันละ 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ	2.40	1.25	ปานกลาง

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านสังเกตหรือติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.02	0.77	มาก
2. ท่านจัดเก็บของมีคม สารเคมีหรืออุปกรณ์ที่เป็นอันตรายไว้ในที่ที่มิดชิด	4.01	1.02	มาก
3. ท่านดูแลและระมัดระวังการลื่นในห้องน้ำและการพลัดตกหกล้มภายในบ้าน	3.93	0.90	มาก
4. ท่านวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	3.72	0.94	มาก

ตาราง 13

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านสุขอนามัย (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านสังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาสาเหตุและช่วยเหลือตามอาการ	3.93	0.70	มาก
2. ท่านติดตามสอบถามการทำกิจวัตรของผู้ป่วยในแต่ละวัน	3.73	0.86	มาก
3. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย	3.70	0.90	มาก
4. ท่านมีแนวทางช่วยการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	3.60	0.91	ปานกลาง

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (N=123)

ความสามารถในการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามวันนัด	4.27	0.84	มาก
2. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่เกี่ยวข้องให้ตรงเวลา สม่ำเสมอต่อเนื่อง	4.07	0.84	มาก
3. ท่านสังเกตอาการกำเริบของโรค เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย แยกตัว มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และ มีแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย	3.98	0.83	มาก
4. ท่านติดตามและสอบถามหลังให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย รู้สึกเศร้า	3.97	0.82	มาก
5. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดย การ ชวนพูดคุย หรือให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผู้ป่วย ชอบ สิ่งที่น่าสนใจหรือประสบการณ์แห่งความสำเร็จ	3.89	0.91	มาก

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ห้ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) (บุญใจ, 2553)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม อยู่ในระดับอันตรภาคชั้นขึ้นไป (interval scale)

จากงานวิจัยนี้ ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถแสดงเป็นปริมาณมากน้อย และมีความแตกต่างกันแต่ละหน่วย และตัวแปรตามคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัวแปรในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) เช่นกัน

2. ทดสอบข้อมูลตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) จะต้องมีการแจกแจงขอข้อมูลเป็น โค้งปกติ

2.1 อายุ

ตาราง 15

แสดงการกระจายของข้อมูลอายุ ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	.324	.218	1.49
Kurtosis	-.381	.433	-0.88

จากตารางค่า Standardized ของอายุอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.2 ระยะเวลาในการดูแล

ตาราง 16

แสดงการกระจายของข้อมูลระยะเวลาในการดูแล ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	2.309	.218	10.59
Kurtosis	6.792	.433	15.69

จากตารางค่า Standardized ของระยะเวลาในการดูแล ไม่อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution จึงแปลงตัวแปรระยะเวลาในการดูแลเป็นตัวแปรหุ่น(dummy variable) โดย 0 แทน ระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 5 ปี และ 1 แทน ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 5 ปี

2.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ตาราง 17

แสดงการกระจายของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	-.679	.218	3.11
Kurtosis	-.235	.433	0.54

จากตารางค่า Standardized ของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution จึงแปลงตัวแปรภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นตัวแปรหุ่น(dummy variable) โดย 0 แทน ภาวะสุขภาพไม่ดี และ 1 แทน ภาวะสุขภาพดี

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ตาราง 18

แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	.214	.218	0.98
Kurtosis	-.571	.433	1.32

จากตารางค่า Standardized ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.5 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ตาราง 19

แสดงการกระจายของข้อมูลความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	-.229	.218	-1.50
Kurtosis	0.79	.433	1.82

จากตารางค่า Standardized ของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.6 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

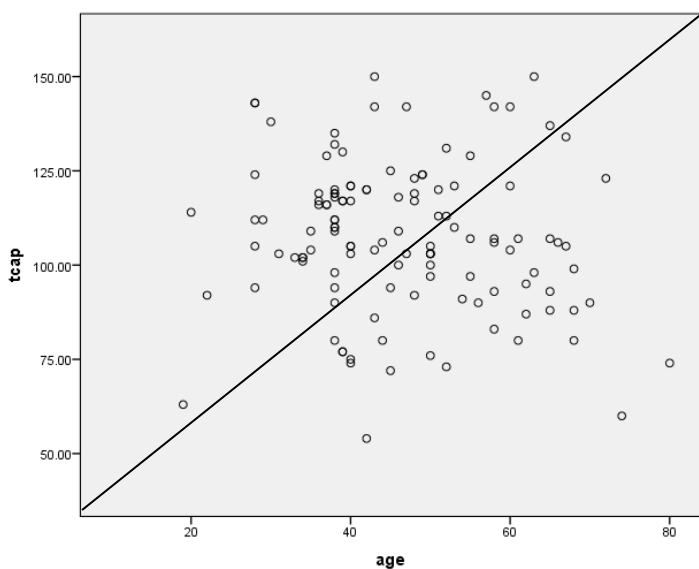
ตาราง 20

แสดงการกระจายของข้อมูลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ($n=123$)

	Statistic	Std. Error	standardized
Skewness	-.155	.218	-0.71
Kurtosis	-.063	.433	-0.15

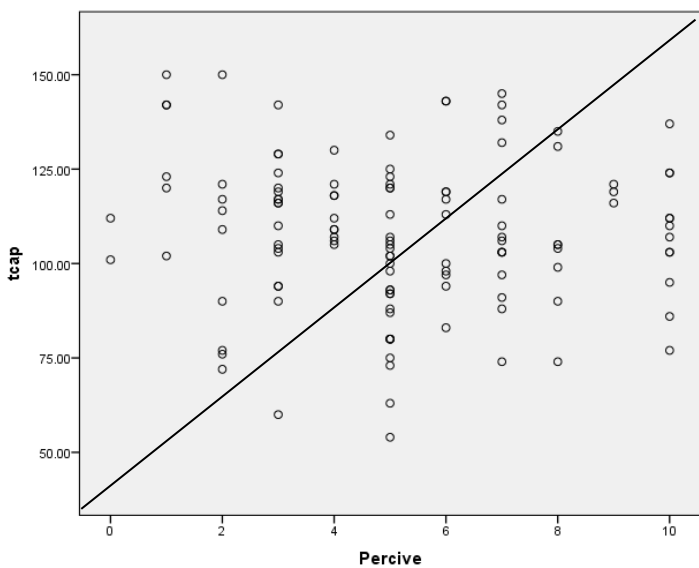
จากตารางค่า Standardized ของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

3.ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ทดสอบโดยการทำให้ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



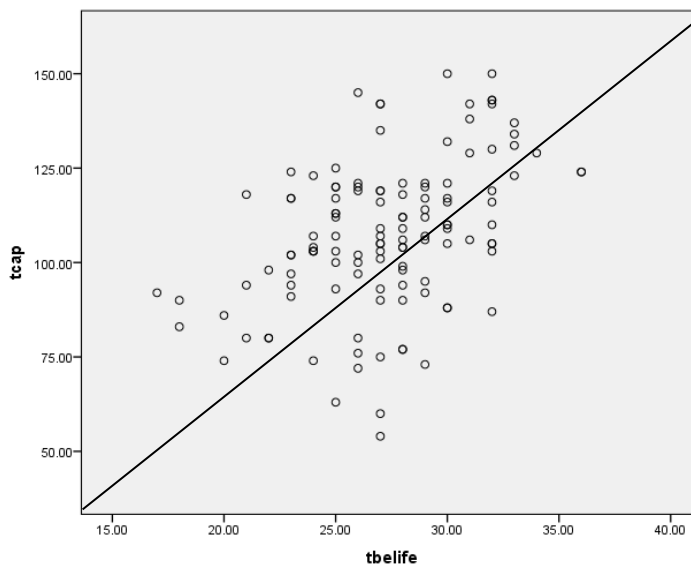
ภาพ 2. การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างอายุ กับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างอายุ กับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 3. การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

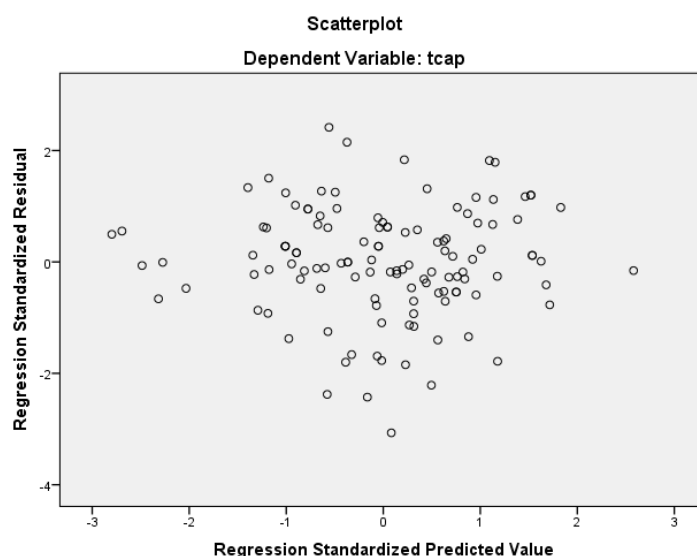
จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 4. การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในในด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity

4. ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ ทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)



ภาพ 5. การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์

จากภาพการกระจายใน scatter plot พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง regression standardized predicted value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ regression standardized residual value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวได้ว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

5. ทดสอบตัวแปรอิสระแต่ละตัวว่าเป็นอิสระต่อกัน (multicollinearity)

4.1 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันทดสอบ โดยกำหนดให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง หรือไม่ควรสูงกว่า 0.65 (Burns & Grove, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ พบอายุกับภาวะสุขภาพ ($r = -.204, p = .05$)

4.2 ตรวจสอบโดยใช้ สถิติ (collinearity statistics) ดูผลได้จากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerrance อยู่ในช่วง .897 - .937 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.047 - 1.115

5.ทดสอบความเคลื่อนไหวของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามว่าเป็นอิสระจากกัน ตรวจสอบโดยทดสอบค่าดูบิน - วัตสัน (Dubin - Watson) มีค่าใกล้ 2 นั่นคือ อยู่ในช่วง 1.5 ถึง 2.5 (บุญใจ, 2553)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ค่าดูบิน - วัตสัน (Dubin - Watson) เท่ากับ 2.385 แสดงว่า ไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน หมายความว่าข้อมูลของตัวแปรที่ได้มา ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ภาคผนวก จ
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ SF-12



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

License Number: QM035019

Licensee Name: Tamonvan Seenak, c/o Prince of Songkla University

Licensee Address: Songkhla 90112 TH

Approved Purpose: Factors Predicting Caregiver Capabilities in Caring for Older Persons with Depressive Disorder

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 24 Albion Road, Building 400, Lincoln, RI 02865 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Tamonvan Seenak

Signature: _____

Signature: Tamonvan Seenak

Name: _____

Name: Tamonvan Seenak

Title: _____

Title: Miss

Date: _____

Date: 13 May, 2016

QualityMetric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0 Activation Key - Prince of Songkla
University - QM035019



Dana Kopec

19/5, 21:35

อีเมล: Dana Kopec (dkopec@qualitymetric.com)

Dear Tamonvan Seenak,

Thank you for purchasing Quality Metric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0.

Please use the Activation Key provided below to unlock the application for the licensed survey(s) and scoring features. This key will install a pre-determined quantity of scoring credits (as per the license agreement) which will be decremented each time a record is entered/scored. Once the credits are exhausted, you will need to contact Optum at <https://www.optum.com/optum-outcomes/contact-us.html> to obtain more credits and resume scoring.

To access the online tutorial, please visit https://www.youtube.com/watch?v=_AFgnDjJ5-I

ACTIVATION KEY:

63C2C-54515-74555-8D6ED

LICENSED PRODUCTS AND SCORING FEATURES:

PRODUCT NAME: Quality Metric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0

PURCHASE DATE: 05/02/16

SF12v2 Credit Count: 200

SF12v2 MDE Enabled: Yes

SF12v2 Utility Index: Yes

SF12v2 DQE Report: Yes

Anxiety Benchmark: No

Arthritis Benchmark: No

Asthma Benchmark: No

Cardio Benchmark: No

COPD Benchmark: No

Depression Benchmark: No

Diabetes Benchmark: No

Migraine Benchmark: Yes

DOWNLOAD AND INSTALLATION:

You may download QualityMetric Health Outcomes(tm) Scoring Software 5.0 installer from the following location:

<https://www.amihealthy.com/download/SFScoringSoftwareV5Setup.msi>

IMPORTANT NOTES - PLEASE READ

Important installation notes are provided below. More detailed instructions are included in the attached. If you are prohibited from installing software or do not feel comfortable doing so, please consult your IT support and bring the items below to their attention:

- 1) Activation Keys are SINGLE-USE and can only be applied to one computer.
- 2) WINDOWS ADMINISTRATIVE ACCESS is required to install the software.
- 3) Subsequent use of the Scoring Software requires the ability to read/write to a specific path in the computer's registry (see documentation for more detail). [If the user is not an Administrator, this will need to be explicitly granted via REGEDIT]
- 4) You will be prompted to enter the activation key upon first launch. If you miss this opportunity, you can subsequently add keys via the "Tools" menu.
- 5) An active Internet connection is required for registration of Activation Keys. A workaround for offline activation is available in some cases.

SUPPORT:

- For installation help or system/software requirements, please consult the Installation Guide:

https://www.amihealthy.com/download/InstallationGuide_ScoringSoftwareV5.pdf

- For help on the use of the software, please review the User's Guide within the application itself (by clicking on Help -> Contents and Index).

- For additional technical support, please send an email to scoringsoftware@qualitymetric.com.

- For all other questions (such as licensure, billing, or scientific support), please contact your account representative.

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
3. นางเสาวภา ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ได้รับวุฒิบัตรการเป็นผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง (APN) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวธมลวรรณ สีนาค

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710421019

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2555

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2559 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา