

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาคร

ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล, พย.ม.^{1*} พรชัย จุลเมตต์, Ph.D.² นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 97 ราย ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และ .81 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 29.64$, $SD = 12.20$) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .626$, $p < .001$; $r = .378$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.603$; $p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะว่า โรงพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาระของผู้ดูแล และลดระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ผู้ดูแลชาย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาระผู้ดูแล

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Annsirinsirin@gmail.com

Factors Related to Burden among Male Caregivers of Older Adults with Stroke, Samutsakhon Province

Sirinthip Nimitphuwadon, M.N.S.^{1*}, Pornchai Jullamate, Ph.D.², Naiyana Pipatvanitcha, Ph.D.²

Abstract

This study aimed to describe male caregiver burden and identify the factors related to burden among male caregivers of older adults with stroke. A simple random sampling was used to recruit ninety-seven male caregivers in the out-patient department neurologic clinic at Banphaeo General Hospital, Samutsakhon Province. The research instruments were questionnaires that included: demographic information, Barthel ADL Index, depression, and Zarit caregiver burden. Data collection was conducted from May to August 2021. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient was used to analyze the data.

The results revealed that the sample had a moderate burden ($M = 29.64$, $SD = 12.20$). For correlation, male caregiver burden was significantly positively correlated with depression of caregivers and duration of care for older adults with stroke ($r = .626$, $p < .001$; $r = .378$, $p < .001$, respectively), and negatively correlated with activities of daily living of older adult with stroke ($r = -.630$, $p < .001$). The findings suggest that nurses and healthcare providers should apply these results to develop programs to promote activities of daily living for older stroke survivors that may further aid in reducing the male caregiver burden and duration of caregiving.

Key words: Male caregivers, Older Adult with Stroke, Burden

¹ Student of Master degree of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: Annsirinsirin@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด องค์การอนามัยโลก ได้รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนผู้ป่วยถึง 14 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคน และยังพบจำนวนผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน (World Stroke Organization [WSO], 2020) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 เท่ากับ 48.7, 47.8, 47.1, 53.0 และ 52.8 ตามลำดับ (Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, 2021) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ด้วยวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพยาบาลก้าวหน้าไปมาก ในขณะที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังมีข้อจำกัดและได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองที่ถูกทำลายไป (Krishnamurthi, Ikeda, & Feigin, 2020) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เป็นไปในทางที่เสื่อมถอย ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองได้ตามปกติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) ส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นบุตร คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด (Sihapark, Chuengsatiansup, & Tengrang, 2014; Limpawattana, Intarasattakul, Chindaprasit, & Tiamkao, 2015)

ผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โครงสร้างของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป จากอดีตที่ครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครัวเรือนน้อยลง และเพศหญิงมีโอกาในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRDI], 2021) ส่งผลให้ผู้ชายมีโอกาเข้ามารับบทบาทการดูแลบิดา มารดาสูงอายุมากขึ้นเช่นกัน ความเหลื่อมล้ำในบทบาทระหว่างผู้หญิงและผู้ชายลดลง มีความเสมอภาคมากขึ้น ผู้ชายจึงเข้ามามีบทบาทในการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การเลี้ยงดูบุตร และการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาบทบาทผู้ดูแลชายยังส่งผลให้เกิดความใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลประกอบกับโครงสร้างทางด้านร่างกายที่มีความแข็งแรง สามารถใช้แรงกรออุ้มพยุงบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้ดี ขณะเดียวกันยังพบว่า ผู้ดูแลชายมีความเครียด วิตกกังวลกับบทบาทหน้าที่ อาจทำให้ผู้ดูแลชายเกิดการรับรู้ภาระจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (Pierce, Steiner, Alamina, Onyekelu, & Stevenson, 2019; Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016; Srisuk & Kespichayawattana, 2019) และจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเกิดการะในการดูแลสูงถึงร้อยละ 63.7 หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Wijitraphan, 2016) โดยหากในครอบครัวนั้น มีบุตรชายเพียงคนเดียว ไม่ได้สมรส ไม่มีบุตรหลาน หรือเป็นคู่รักเพศเดียวกัน บทบาทหน้าที่ในการดูแลจึงต้องเป็นบทบาทความรับผิดชอบของผู้ชายในการดูแลผู้สูงอายุ (Lopez-Anuarbe & Kohli, 2019) จากการสำรวจผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลชายในปี ค.ศ. 2015 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 39 ในปี 2020 (National Alliance for Caregiving & American Association of Retired Persons, 2020) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของผู้ดูแลชายมีเพิ่มมากขึ้น แต่ด้วยการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบทบาทที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต จึงทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างมาก และถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้คาดการณ์ไว้อีก่อน จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลชายเป็นสำคัญทั้งทางด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้า ปวดหลัง ปวดเอว น้าหนักลด มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการใช้เวลาในการดูแลหลายชั่วโมงต่อวัน การพบปะกับบุคคลในสังคมลดลง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง เกิดภาระหนี้สิน (Chayawatto, 2016; Sihapark et al., 2014; Surakan & Jongudomkarn, 2019) ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้จึงนำมาสู่การรับรู้ภาระ

ของผู้ดูแล (Caregiver burden) มากยิ่งขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้ Zarit, Reeve, and Bach-Peterson (1980) อธิบายความหมาย ภาระของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลชายไม่สามารถปรับตัวได้ และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ อาจนำมาซึ่ง การรับรู้ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น และอาจส่งผลให้เกิดการทารุณกรรม การละเลย ละทิ้ง ไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ (Summawong, Somanusorn, & Sumngern, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลโดยรวม ทั้งผู้ดูแล ชายและหญิงที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ แต่ในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ยังพบว่ามีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด ประกอบกับลักษณะผู้ชายมีความเข้มแข็ง อดทน เป็นผู้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มักจะบริหารและจัดการงานได้ดีกว่า ผู้ดูแลชายส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยยอมรับความช่วยเหลือ จากผู้อื่น และไม่ชอบเปิดเผยความรู้สึก เมื่อเกิดความเครียดขึ้น จึงมีผลให้เกิดการรับรู้ภาระที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lopez-Anuarbe & Kohli, 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับภาระในผู้ดูแลชาย และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

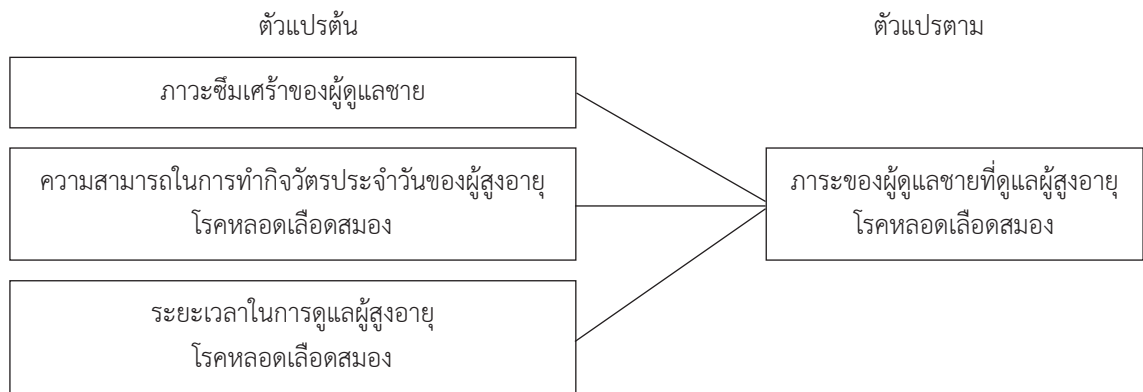
1. เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาระของผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์เป็นผลมาจากการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิด การวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลร่วมกับรูปแบบ การเกิดภาระของผู้ดูแลตาม Zarit et al. (1980) ที่กล่าวว่า ภาระเป็นการรับรู้ของบุคคลหรือผู้ดูแลที่มีต่อผลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากการดูแลบุคคล ซึ่งภาระของผู้ดูแลชายในการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถเขียนเป็นกรอบ แนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลเพศชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ตัน และแตก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการการรักษา เพื่อติดตามอาการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาท โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคคลเพศชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ตัน และแตกที่พาผู้สูงอายุมารับบริการการรักษาและติดตามอาการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาทโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 97 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ได้ยินและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 3) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 1 เดือนติดต่อกัน 4) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรง เช่น บุตรชาย หลานชาย พี่ชาย น้องชาย สามี และทางอ้อม เช่น บุตรเขย เพื่อนชาย เป็นต้น 5) ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบทางเดียว (One-tail) เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Siritipakorn and Muangpaisan (2015) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาระของญาติผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ -.25 จึงได้กำหนดค่าความสัมพันธ์ (Correlation pH1) มีค่าเท่ากับ .25 ($r = .25$) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.5 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 โดยได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ดังนี้

1. ในหนึ่งวันก่อนที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกระบบประสาทแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ในการคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในวันรุ่งขึ้น

2. ในวันที่ผู้ดูแลชายพาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจเพื่อติดตามอาการ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลชายตามที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาทำฉลากเพื่อเป็นกลุ่มประชากร และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แล้วนำรายชื่อที่ได้้นั้นมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ผู้วิจัยนั้นจะดำเนินการเช่นนี้ทุกครั้งที่มีการสุ่ม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยวันละ 3-4 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน มีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) ของ Udonsart, Jullamate, and Piphatvanitcha (2018) แปลจากแบบทดสอบ Six Item Cognitive Impairment Test ของ Brook and Bullock (1999) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ 8-9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย 10-28 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่อปี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Vorapongsathorn, Pandii, and Triamchaisri (1990) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) ของ Radloff (1977) โดยประเมินได้จากการสอบถามผู้ดูแลชาย ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผล น้อยกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า หากมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ Jitapunkul (2001) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Collin, Wade, Davies, and Home (1988) โดยประเมินได้จากการสอบถามผู้ดูแลชายเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยแบ่งคะแนนที่อยู่ในช่วง 0-4 หมายถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Toonsiri, Sunsern, and Lawang (2011) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Zarit and Zarit (1990) ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ภาระในการดูแลของผู้ดูแลมาก โดย 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นภาระ 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระน้อย 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระปานกลาง และ 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาระมาก

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไปทดลองใช้กับผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .81 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นเครื่องมือ

ที่ได้มาตรฐาน และสร้างขึ้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว และได้ผ่านการใช้กับกลุ่มผู้ดูแลแล้ว ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีรหัสโครงการวิจัย คือ G-HS 011/2564 และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลขที่โครงการ 007/64 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ประสานขอเข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยในวันที่ผู้ดูแลชายพาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลชายและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสอบถามจากผู้ดูแลชาย และประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ (กรณี que ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ) ด้วยแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT])

3. เมื่อคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้นำรายชื่อผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดมาทำฉลากเพื่อเป็นกลุ่มประชากร ต่อมาผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมายังบริเวณสถานที่เก็บข้อมูล หลังจาก que ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเสร็จเรียบร้อยทุกขั้นตอนแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ได้ทำตามแนวทางป้องกันโรคติดต่ออย่างเคร่งครัด โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อราย

4. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำแบบสอบถามนั้นใส่ซองสีน้ำตาล กล่าวขอบคุณและลากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลทุกชุดมีการกระจายแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov มีค่าเท่ากับ .200 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีอายุในช่วง 46-59 ปี (ร้อยละ 41.24) รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุในช่วง 36-45 ปี (ร้อยละ 29.90) ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.49 ปี ($SD = 11.85$) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร (ร้อยละ 76.30) มีอาชีพเกษตรกร

(ร้อยละ 28.87) รองลงมาอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.80) ตามลำดับ เรียนจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 39.18) รองลงมามัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.68) ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 26.80) รองลงมาไม่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 22.68) ตามลำดับ มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันในช่วง 6-10 ชั่วโมง (ร้อยละ 50.51) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 8.98 ชั่วโมง ($SD = 3.70$) และมีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลต่ำกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 41.20) รองลงมาอยู่ในช่วง 12 เดือน-60 เดือน (ร้อยละ 55.70) ตามลำดับ มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 20.94 เดือน ($SD = 21.51$) และผู้ดูแลชายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.10)

2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.14) รองลงมาอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 35.06) อายุเฉลี่ย 72.94 ปี ($SD = 7.84$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.52) ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ร้อยละ 93.81) และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 12 เดือน - 60 เดือน (ร้อยละ 47.42) รองลงมาต่ำกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 43.30) ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 26.28 เดือน ($SD = 27.94$)

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 29.64$, $SD = 12.20$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของภาระผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 97$)

| ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ไม่รู้สึกรับภาระ | 28 | 28.86 |
| มีภาระน้อย | 46 | 47.42 |
| มีภาระปานกลาง | 23 | 23.72 |

($M = 29.64$, $SD = 12.20$, $Min = 8$, $Max = 53$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .626$, $p < .001$; $r = .378$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.603$; $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 97$)

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r) |
|--|---|
| 1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชาย | .626** |
| 2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | -.603** |
| 3. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | .378** |

** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 29.64$, $SD = 12.20$) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลชายส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.49 ปี ($SD = 11.85$) ซึ่งถือว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก จึงทำให้มีวุฒิภาวะทั้งด้านความคิดและอารมณ์ สามารถตัดสินใจและเผชิญกับปัญหาได้ดี (Siritipakorn & Muangpaisan, 2015) ประกอบกับผู้ดูแลชายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.10) แสดงให้เห็นถึง สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ในขณะที่ให้การดูแลและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างปกติ อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.80) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 27.60) ทำให้ผู้ดูแลชายกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลชายยังพบว่า เป็นบุตรของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 76.30 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือด มีความรัก ความผูกพัน จึงทำให้การดูแลแสดงออกมาด้วยความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล เปรียบเสมือนเป็นหน้าที่ที่ต้องทำให้ดีที่สุด ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง เนื่องจากการกระทำด้วยใจ ตามแนวคิดของสังคมไทย การดูแลพ่อแม่คือบุญกุศลสูงสุด และสังคมไทยยังให้ความสำคัญกับเรื่องการกตัญญูต่พ่อแม่ผู้ประคุณ ผู้ดูแลชายจึงยึดมั่นค่านิยมนี้ในการทำหน้าที่ให้การดูแล (Chaiwongnakkapun, Hongsri, & Gadudom, 2020; Surakan & Jongudomkarn, 2019) จึงทำให้ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้อยู่ในระดับน้อย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม หากผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสียมองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลนั้นเป็นปัญหาที่เรื้อรัง ก่อให้เกิดความตึงเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดกำลังใจ (Chayawatto, 2016; Surakan & Jongudomkarn, 2019) เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงบวก ไม่รู้สึกว่าหน้าที่การดูแลนั้นเป็นปัญหาอุปสรรค ถึงแม้จะเป็นการดูแลที่ยาวนานก็ตาม จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าภาระ (Sihapark et al., 2014; Udonsart et al., 2018; Wijitraphan, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanh, Jullamate, and Piphatvanitcha (2017) และ Udonsart et al. (2018) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45$, $p < .01$; $r = .519$, $p < .01$ ตามลำดับ)

2.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายความว่า เมื่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่น้อยลง ผู้ดูแลจะมีภาระในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.94 ปี ($SD = 7.84$) เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ (Miller, 2019) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการทำหน้าที่ของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมที่สำคัญประจำวันทั้ง 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนอาหาร และการกลืนปัสสาวะ (Jitapunkul, 2001) หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหล่านี้เองได้ ผู้ดูแลก็ต้องให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น และด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่มาก โดยเฉพาะ

ในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้สูงอายุ ซึ่งหากเกิดโรคจะมีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น และยังทำให้การฟื้นฟูสภาพของร่างกายเป็นไปได้ช้า (Miller, 2019) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นงานที่หนักและต้องใช้แรงกายในการดูแล เกิดความรู้สึกเครียด ไม่สามารถบริหารจัดการงานที่เกิดจากการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตามมาได้ (Siritipakorn & Muangpaisan, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwongnakkapun et al. (2020) และ Udonsart et al. (2018) ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36, p < .01$; $r = -.16, p < .01$ ตามลำดับ)

2.3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนชั่วโมงของผู้ดูแลชายที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหนึ่งวัน สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ยิ่งจำนวนชั่วโมงในการดูแลเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลชายก็จะรู้สึกมีภาระในการดูแลที่มากขึ้นตามมามากด้วย ส่งผลให้เวลาในการดูแลตนเองขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ เครียด อ่อนเพลีย และการเข้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดน้อยลง เพราะต้องเสียเวลาส่วนใหญ่ เพื่อมาดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lunpilar, 2021) ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้สูงอายุ ยิ่งความรุนแรงของโรคมกขึ้นเท่าใด ความต้องการในการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแล ที่เพิ่ม ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแลชาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanh et al. (2017) พบว่า ผู้ดูแลมีระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย 8.11 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในแต่ละวันของตนเอง เพื่อดูแลผู้สูงอายุมาก ตามไปด้วย และพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และทุนสนับสนุนการวิจัย The Rosenberg Gerontological Nursing Scholarship จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรตระหนักถึงการประเมิน การดูแลหรือการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลชาย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวันด้วย โดยเฉพาะเมื่อจะให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลชายลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัยควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย เพื่อหาปัจจัยทำนายหรือการออกแบบ กิจกรรมหรือพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลชาย โดยให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลชาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

References

- Chaiwongnakkapun, C., Hongsri, P., & Gadudom, P. (2020). Relationship among perceived burden of caring elderly with chronic illness, family relationship, ability to perform activities of daily living (ADL), and cognitive function of elderly with chronic illness in the north of Thailand. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 26(2), 24-39. (In Thai)
- Chayawatto, C. (2016). Depression in the caregivers of stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal*, 35(1), 14-27. (In Thai)
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index: Reliability study. *International Disability Studies*, 10(9), 61-63.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2021). *Situation of the Thai elderly 2020*. Nakhonpathom: Institute for population and social, Mahidol University. (In Thai)
- Hanh, P. T., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2017). Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 45-62.
- Jitapunkul, S. (2001). *Principles of geriatric medicine*. Bangkok; Chulalongkorn University. (In Thai)
- Krishnamurthi, R. V., Ikeda, T., & Feigin, V. L. (2020). Global, regional and country-specific burden of ischaemic stroke, intracerebral haemorrhage and subarachnoid haemorrhage: A systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Neuroepidemiology*, 54(2), 171-179.
- Limpawattana, P., Intarasattakul, N., Chindaprasit, J., & Tiamkao, S. (2015). Perceived burden of Thai caregivers for older adults after stroke. *Clinical Gerontologist*, 38(1), 19-31.
- Lopez-Anuarbe, M., & Kohli, P. (2019). Understanding male caregivers' emotional, financial, and physical burden in the United States. *Healthcare*, 7(2), 1-18.
- Lunpilar, C. (2021). Factors related to burden of caregivers for the elderly bed-bound in Muang district, Mahasarakham. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(2), 33-43. (In Thai)
- Miller, C. A. (2019). *Nursing for wellness in older adults* (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Alliance for Caregiving & American Association of Retired Persons. (2020). *Caregiving in the U.S. 2020*. New York: MetLife Foundation.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Alamina, F., Onyekelu, D., & Stevenson, S. (2019). Male caregivers report problems in caring at home after spouses survive stroke. *Home Healthcare Now*, 37(1), 23-32.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17.

- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2014). *The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture*. Health Systems Research Institute, Nonthaburi. (In Thai)
- Siritipakorn, P., & Muangpaisan, W. (2015). Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 38(2), 54-64. (In Thai)
- Srisuk, A., & Kespichayawattana, J. (2019). Lived experiences of sons being caregiver for dependent elderly parents. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 31(2), 72-84. (In Thai)
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (2021). *Public health statistics A.D. 2020*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf (In Thai)
- Summawong, K., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2017). Factors related to elder abuse from perspectives of older adults and family members. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(1), 90-103. (In Thai)
- Surakan, P., & Jongudomkarn, D. (2019). The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. *The Office of Disease Prevention and Control 7th*, 26(2), 83-92. (In Thai)
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75. (In Thai)
- Udonsart, S., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2018). Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors. In *the 3rd Nation conference 2018* (pp. 451-461). Ubonratchathani: Ubonratchathani University. (In Thai)
- Wijitraphan, T. (2016). Prevalence and risk factors of caregiver burnout in stroke patient's caregiver. *Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 6(1), 56-62. (In Thai)
- World Stroke Organization [WSO]. (2020). *Annual report 2020*. Retrieved from https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf
- Vorapongsathorn, T., Pandii, W., & Triamchaisri, S. (1990). A validity study of the center epidemiologic studies depression scale. *Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 26-45.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Pennsylvania: Penn State University Gerontology Center.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.