

ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

The Effect of Using Humanitude Concept by Family Caregivers Care on Depression in Older Persons with Stroke

เสาวนีย์ เปรมทอง* จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Saowanee Preamthong, Jiraporn Kespichayawattana

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ฮิวแมนนิจูด, ผู้ดูแลในครอบครัว, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The study design is quasi-experimental with a pre-posttest control group examining the effect of using the humanitude concept by family caregivers care on depression in older persons with strokes. The humanitude concept 21 was applied to the development of the intervention. The participants were 44 family caregivers of older persons and older persons with post stroke depression who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group with 22 subjects and a control group with 22 subjects, matched by sex, age, Barthel ADL Index, depression level and relationship of the family caregiver to the older person. The control group received routine nursing care. The experimental group receiving the humanitude concept by family caregiver care was tested for content validity by the experts. The data collecting instrument

was the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) with the reliability of 0.93 and the data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test. The results showed depression among older persons with strokes after participating using the humanitude concept by family caregiver care were significantly lower than before using the humanitude concept by family caregiver care and lower than the control group, at p .05 level.

Keywords: Humanitude, Family caregiver, Post stroke depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง¹ ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 40^{2,3,4} สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร้อยละ 48.8⁵ ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา เพิ่มอัตราการตายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง^{1,2,6,7} ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้^{1,6,8} สำหรับผู้สูงอายุอาการทางกายจะทวีความรุนแรงมากขึ้น รวมถึงการขาดความสนใจในตนเอง มีความกังวล มองตนเองไร้ค่า จะทวีความรุนแรงขึ้นเช่นกัน⁴ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงสองสัปดาห์แรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงในส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการหลั่งสารสื่อประสาท^{6,9,10,11} 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ^{1,12} อายุ^{7,9} ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{2,7,12} และประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า¹ 3) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การขาดการดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ กำลังใจจากผู้ดูแลและครอบครัว การดูแลที่ดีจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะซึมเศร้าได้^{13,15}

การรักษาภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาได้โดยการบำบัดทางกาย และการบำบัดทางจิตสังคม โดยการบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก¹ และการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่

การให้คำปรึกษา การใช้จิตบำบัด^{1,7,17} การรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ยังมีการบำบัดโดยใช้ดนตรี¹⁸ และการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม¹⁹ ทั้งนี้วิธีการบำบัดรักษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น เป็นวิธีการลดภาวะซึมเศร้าโดยจัดกระทำที่ตัวผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน¹⁶ คอยประคับ ประคองและช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านจิตใจและสังคม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁶

การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลมาจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว อาจเกิดมาจากการที่ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล และมองว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุลดลง และการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะหงุดหงิด สับสน²⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบใช้อารมณ์ในการดูแล จึงยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการนำหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude)²¹ จึงถูกนำมาเข้ามาพัฒนาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในต่างประเทศ พบว่าประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจมีความสุขในการดูแลและการทำงาน ลดความอ่อนล้าภายหลังจากเลิกงานได้ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา คือ การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การงาน

ของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยอ่อนคลาย ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ และช่วยให้ไม่ต้องใช้ยาสำหรับรักษาอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย²²

ในบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุจะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้กับตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลเหล่านี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีความเอาใจใส่และให้การดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น อ่อนโยน เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ²¹ การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในปัจจุบันยังไม่ได้เน้นถึงการดูแลด้านจิตใจที่เข้าใจในความเป็นมนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด²¹ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีพลังใจพลังกายเข้มแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติมากที่สุด ส่งผลให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

ในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรกอยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรกอยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คู่ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตาราง Burns & Glove²³ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ และกลุ่มควบคุม 22 คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ประเมินจากแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (CMT) 3) มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) ประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) 4) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ประเมินจาก Barthel ADL Index 5) ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังนี้ 1) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือต่างบ้าน มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง 2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้วิจัยให้ความรู้ สอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าแบบฮิวแมนนิจูดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ในเรื่อง 1) โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าแบบฮิวแมนนิจูด 2) หลักการแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในครอบครัวก่อนกลับบ้าน ตามองค์ประกอบ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ดังนี้

- 1) การสบตา (Eye contact) คือ การฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการสบตา ส่งความรู้สึกผ่านทางสายตา โดยใช้สายตาอบอุ่น อ่อนโยน เข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้า มองตาในระยะใกล้ อยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล
- 2) การพูด (Speech) คือ การฝึกทักษะการสื่อสารด้วยวาจา การพูดใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน พูดในลักษณะการปลอบประโลม ให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุมีแรงใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย
- 3) การสัมผัส (Touch) คือการฝึกทักษะการสัมผัส โดยการวางฝ่ามือด้วยน้ำหนักมือที่พอดี กางนิ้วมือออกและลูบเป็นบริเวณกว้าง ใช้การประคอง การสัมผัสเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุดไปมากที่สุดคือ หลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้า
- 4) การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การฝึกทักษะผู้ดูแลในการจัดทำทางจากท่านอนเป็นท่านั่ง ทำยืนและเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2559 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในครอบครัว แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยรวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นแบบประเมินที่สร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟู

สมรรถภาพสมองของไทย²⁴ มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 4 ระดับ คือ ปกติ (0-12 คะแนน) ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ซึมเศร้าระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) และซึมเศร้าระดับรุนแรง (25-30คะแนน)

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่

1.3.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ²⁵ จาก Barthel ADL Index มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และไม่มีภาวะพึ่งพา (12 คะแนนขึ้นไป)

1.3.2 แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (CMT)²⁵ เป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินสภาพจิต (cognitive function) สำหรับผู้สูงอายุไทยเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการอ่านและการเขียนรวมทั้งบุคคลที่มีความบกพร่องทางสายตา มีข้อคำถาม 13 ข้อ คะแนนเต็ม 19 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (<15 คะแนน) และการรับรู้ปกติ (>15 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด²¹ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15 - 180 นาที ระยะเวลารวม 6 สัปดาห์

2.2 สื่อที่ใช้ ได้แก่ แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power point เรื่องการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว มีค่า CVI²⁶ เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองภายหลังการปรับแก้ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลในครอบครัวที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คู่ ที่มาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พบว่ามีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา กับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ในการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเข้าใจดี สามารถปฏิบัติได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่แรกเข้ากลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองอีก 22 คู่ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ผู้วิจัยทำการนัดผู้ดูแลในครอบครัวและสูงอายุที่บ้านอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (post - test) และผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. สัปดาห์แรกผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยการซักถามใช้เวลา 45 นาที และนัดหมายผู้ดูแลในเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

2. ผู้วิจัยให้ความรู้ สอนสาธิต ฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้กับผู้ดูแลในครอบครัว เป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมรวม 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในกิจกรรมครั้งละ 15 - 180 นาที รวม 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกิจกรรม “เรียนรู้ เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดผ่านกิจกรรม “ทำความรู้จักฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผ่านกิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก” ใช้ระยะเวลา 180 นาที

ครั้งที่ 4 วันที่ 4 การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 180 นาที

ครั้งที่ 5 วันที่ 5 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน ผ่านกิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน” เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 1 หลังออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อติดตามการดูแล ผ่านกิจกรรม “เยี่ยมบ้าน” ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อติดตามการดูแล ผ่านกิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

ครั้งที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล การติดตามทางโทรศัพท์ ผ่านกิจกรรม “โทรศัพท์สอบถาม” เพื่อกระตุ้นและติดตามปฏิบัติการดูแล ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที

ประเมินผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (post-test) และปิดทำการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 เพศหญิงร้อยละ 45.5 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมา

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.5 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่พึ่งพาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาพึ่งพาระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 18.2

1.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 27.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.5 รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 86.4 มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 95.5 และไม่เคยมารับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.9

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 86.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา และปริญญาตรีเท่ากัน ร้อยละ 36.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 27.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 68.2 มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 90.9 และไม่เคยมารับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.9

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	14.32	1.46	เล็กน้อย	21	9.97	0.000
หลังการทดลอง	10.23	1.66	ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	14.14	1.64	เล็กน้อย	21	0.846	0.407
หลังการทดลอง	14.64	2.56	เล็กน้อย			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.32	1.46	เล็กน้อย	42	0.388	0.700
กลุ่มควบคุม	14.14	1.64	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.23	1.66	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	42	6.787	0.000
กลุ่มควบคุม	14.64	2.56	เล็กน้อย			

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ สมมติฐานที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด สมมติฐานที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการความรักความเอาใจใส่ และกำลังใจ

จากผู้ดูแลและครอบครัว^{13,15} และมีงานวิจัยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้²⁷ ดังนั้น การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดที่ยึดหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยผ่านองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกันคือ 1) การสบตา เป็นการสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตาที่แสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกดี ๆ และการให้การยอมรับและตระหนักว่าผู้สูงอายุมีตัวตนอยู่จริง เปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกภายใน ความต้องการของ

ผู้สูงอายุ เป็นการเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพที่ดี²¹ 2) การพูด คือ การสื่อสารด้วยวาจา การมีปฏิสัมพันธ์ทางวาจากับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการแสดงว่าผู้ดูแลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ รับฟังและเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การพูดจะแสดงออกมากในลักษณะ การปลอบประโลม ให้กำลังใจ การให้ข้อมูลและการกระตุ้นให้ ได้ระบายนความรู้สึกรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวังรู้สึกผ่อนคลาย ความเศร้าได้²¹ 3) การสัมผัส คือ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา ใช้การสื่อสารผ่านทางร่างกายเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังผู้สูงอายุ การสัมผัสที่นุ่มนวลอ่อนโยนเป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความปรารถนาดี การตระหนักถึงตัวตนของผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ สบายใจ มีกำลังใจ อ่อนไม่ถูกทอดทิ้ง²¹ 4) การจัดทำในแนวตั้งตรง คือ การจัดทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายจากท่านอนเป็นท่านั่ง ทำยืน ทำเดิน เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เพิ่มการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง รวมถึงเป็นการกระตุ้นระบบประสาทการรับรู้การสัมผัสในสมองให้รับรู้ภาพลักษณ์และลักษณะร่างกายของตัวเอง²¹ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เมื่อนำการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ผ่านการฝึกทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรงที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะการเจ็บป่วยได้ดี จึงช่วยลดปัญหาด้านจิตใจลงได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จึงทำให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้าลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น²² ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คน จัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้ระยะเวลา 5 วัน โดยใช้อัศวินประกอบทั้ง 4 สำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจ มีความสุขในการดูแลและการทำงาน ลดความอ่อนล้าภายหลังจากเลิกงานได้ การใช้การสื่อสารแบบไม่ใช้ภาษา เช่น การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การดำเนินงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลาย ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ และช่วยให้ไม่ต้องใช้ยา

สำหรับรักษาอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อาจเนื่องจากทางหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยทุกราย การให้การพยาบาลตามปกติจึงไม่ได้เฉพาะเจาะจงปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์สำหรับผู้ป่วย และยังพบว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่หนักและต้องอาศัยแรงกายแรงใจจากผู้ดูแลที่ต้องเรียนรู้วิธีการดูแลการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมุ่งไปที่กิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนจากปัญหาทางกาย จนบางครั้งอาจไม่ได้คำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจ กอปรกับการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องดูแลต่อเนื่องไม่มีวันหยุด จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ดังงานวิจัย²⁰ พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะหงุดหงิด สับสน ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบใช้อารมณ์ในการดูแล จึงยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

สรุปได้ว่า การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดกิจกรรมพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานพยาบาล และในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกปฏิบัติให้คุ้นเคยและสามารถศึกษาได้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อติดตามผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว โดยติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะตามความเหมาะสม เช่น ทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 การศึกษาผลของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการปรับเปลี่ยนจากผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำการศึกษได้ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน

3. ข้อจำกัดของการนำงานวิจัยไปใช้

- ผู้ที่จะนำการวิจัยไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดก่อนการนำไปใช้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

References

1. Lökk J, Delbari A. Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010 Sep 7;6:539-49. PMID: 20856917.
2. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: A review. *Can J Psychiatry.* 2010 Jun;55:341-49. PMID: 20540828.
3. Starkstein SE, Brockman S, Hayhow B. Chapter 3 depression after stroke. In: Ferro JM, editor. *Neuropsychiatric Symptoms of Cerebrovascular Diseases.* Lisboa, Portugal: Springer London; 2013. P. 51-64. DOI: 10.1007/978-1-4471-2428-3.
4. Koh KB. Chapter 16 poststroke depression: mechanisms and management. In: Koh KB, editor. *Somatization and psychosomatic symptoms.* Media New York: Springer; 2013. p. 207-23.
5. Nantaka P, Jaimjit S. Cognitive impairment in elderly patients with acute stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.* 2012;7(1): 66-79. (in Thai).
6. Sukjaroen T. Stroke comprehensive care: poststroke depression. In: Chunna S, Kamon K, editors. *Health equity through innovation and collaboration 2008.* Bangkok; Chulalongkorn University; 2008. p. 29-38. (in Thai)
7. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke.* 2005;36:2296-301.
8. Hackett ML, Köhler S, T O' Brien J, Mead GE. Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology.* 2014;13(5):525-34.
9. Monton W. Relationship between poststroke depression and lesion location [master thesis of science in medicine]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2009. (in Thai).
10. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nat Rev Neurol.* 2016;12: 269-80. doi: 10.1038/nrneurol.2016.46.
11. Metoki N, Sugawara N, Hagii J, Saito S, Shiroto H, Tomita T, Yasui-Furukori N, et al. Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients. *Annals of General Psychiatry.* 2016;15(1): 1-6.
12. Sathirapanya C, Sathirapanya P. Factors influencing depression among patients with stroke. *Songkla Med J* 2005;23(Suppl 2):229-37. (in Thai).

13. Li SC, Wang KY, Lin JC. Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. *Journal of Nursing Research* 2003; 11(1):9-18.
14. Panomkorn H. Alternative : Predictors of depression in patients with stroke [master thesis of nursing science]. Chonburi: Burapha University; 2012. (in Thai).
15. Chophaka S, Sirion S. Predicting factors of depression in older people post-stroke in urban communities. *J Nurs Sci.* 2012;30(1):28-39. (in Thai).
- 16 Kingkaew P, editor. Rehabilitation in stroke patient. N.P.press part., Ltd: Bangkok; 2012. (in Thai)
17. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CI, Lightbody CE, et al. Motivational interviewing early after acute stroke a randomized, controlled trial. *Stroke* 2007; 38(3): 1004-9.
18. Praesiri Y. The effect of therapeutic nursing intervention using music activities on depression in elderly patients with ischemic stroke [master thesis of nursing science]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2014. (in Thai).
19. Charit W. The effect of empowerment program emphasizing family participation on depression of older persons with stroke [master thesis of nursing science]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2013. (in Thai).
20. Chumbler NR., Rittman M, Van PM, Vogel MB, Qin H. The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004;19(10):944-953.
21. Gineste Y, Pellissier J. Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux: A. Colin; 2007.
22. Honda M, Mori M, Hayashi S, Moriya K, Marescotti R, Gineste Y. The effectiveness of French origin dementia care method; humanitude to acute care hospital in Japan. *European Geriatric Medicine.* 2013;4(1):S142-S216.
23. Burns N, Glove KS. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. United States of American: Elsevier Inc. 2009.
24. Brain rehabilitation group. Thai Geriatric Depression Scale: TGDS. *Siriraj Medical Journal.* 1994; 46(1):1-9. (in Thai).
25. Suthichai J. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn university. 2001. (in Thai).
26. Pranee M, Kannikar C. Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018;19(1):9-15. (in Thai).
27. Vitchuta P, Chanokporn J, Siriphan S. Selected factors related to depression in post acute stroke patients. *Journal of The Police Nurse.* 2014;6(2):33-43. (in Thai).