

ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING HUMANITUDE CONCEPT BY FAMILY CAREGIVERS
CARE ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH STROKE

Flight Lieutenant Saowanee Preamthong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล
ในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง

โดย

เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิเตชารักษ์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เสาวนีย์ เปรมทอง : ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF USING HUMANITUDE CONCEPT BY FAMILY CAREGIVERS CARE ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH STROKE) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 171 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ โดยการจับคู่เพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5777206836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HUMANITUDE / FAMILY CAREGIVER / DEPRESSION / OLDER PERSONS / STROKE

SAOWANEE PREAMTHONG: THE EFFECT OF USING HUMANITUDE CONCEPT BY FAMILY CAREGIVERS CARE ON DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH STROKE.
ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 171 pp.

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 (Gineste & Marescotti, 2008) 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.

Major findings were as follows:

1. 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, at p .05 level.

2. Depression among older persons with strokes who participated with the humanitude concept by family caregiver care were significantly lower than the control group, at p .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คือ อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์ นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล อาจารย์ญาดาร์ตัน บาลจ่าย ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล และอาจารย์ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้อำนวยการกองการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องคอยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเข้าร่วมการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากคุณพ่อคุณแม่และครอบครัว เพื่อนๆ กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่านที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจจนทำให้ประสบความสำเร็จ ประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ครูอาจารย์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย และกัลยาณมิตรที่ดีทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	17
3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	24
4. แนวคิดฮิวแมนนิจูด	30
5. การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว	52
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
รูปแบบการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	91
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะ	107
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป.....	108
รายการอ้างอิง	109
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ	120
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรม	122
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	130
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	139

ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	171



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การจำแนกการช่วยเหลือเรื่องการทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด	43
ตารางที่ 2 การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการทางสรีระวิทยาของแนวคิดทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแล	44
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ จำแนกตามอายุ เพศ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ.....	64
ตารางที่ 4 แผนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าประยุกต์ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด	74
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับการรับรู้และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	83
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	86
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว.....	89
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	90
ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูด ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov Sminov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05	167

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะซีมเศร้าของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลัง การทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov Sminov Test ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ .05.....	168
ตารางที่ 11 คะแนนภาวะซีมเศร้าจำแนกตามกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง.....	169
ตารางที่ 12 คะแนนภาวะซีมเศร้า ระดับภาวะซีมเศร้าในกลุ่มทดลอง	170



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด.....	33
ภาพที่ 2 กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ-ส่งสารที่มีประสิทธิภาพ.....	35
ภาพที่ 3 กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ-ส่งสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ.....	35
ภาพที่ 4 กลไกการสื่อสารด้วยการหาแหล่งกำเนิดพลังงาน.....	36
ภาพที่ 5 การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด	37
ภาพที่ 6 ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด.....	39
ภาพที่ 7 ลักษณะการจัดท่าในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูด.....	42
ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย	59
ภาพที่ 9 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั่วโลกมีประชากรกว่า 6.7 ล้านคนที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่เป็นประชากรผู้สูงอายุ (WHO, 2015) โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การเกิดสูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปีพบร้อยละ 11.3 ในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 30 และในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปพบเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 และมีการคาดการณ์ในอีก 40 ปีข้างหน้า (ปีค.ศ. 2010-2050) อุตการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือมากกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป (American Stroke Association, 2016) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีพบประมาณร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 45-54 ปี พบร้อยละ 2.56 (Suwanwela, 2014) โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุจากการตีบ อุดตัน หรือการแตกของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลทำให้สมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมดทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยสูงอายุจะมีภาวะบกพร่อง หรือสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย พฤติกรรม ความคิดหรืออารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิม

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lökk & Delbari, 2010) ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 40 (Robinson & Spalletta, 2010; Starkstein et al., 2013; Koh, 2013) สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร้อยละ 48.8 (นันทกา ภัคตีพงษ์ และเจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้โดยใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนและเป็นปีแล้วหายไป หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ แต่ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้มักมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตเวช (psychiatric disorder) ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) อาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ หมดหวัง วิตกกังวลง่าย ขาดความกระตือรือร้นและแยกตนเอง (Hama et al., 2011) อาการทางกายที่พบ ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อารมณ์นอนไม่หลับ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้

(สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Lökk & Delbari, 2010; Hackett et al., 2014) ในผู้สูงอายุอาการทางกาย การขาดความสนใจในตนเอง มีความกังวล มองตนเองไร้ค่าจะทวีความรุนแรงขึ้น (Lökk & Delbari, 2010) ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเข่าปัญญา เพิ่มอัตราการตายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010; Robinson & Spalletta, 2010)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงในส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการหลังสารสื่อประสาท (มณฑล ว่องวันดี, 2552; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Ferro et al., 2016; Metoki et al., 2016) มณฑล ว่องวันดี (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะฉับพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง พบว่า ตำแหน่งรอยโรคสมองขาดเลือดซีกซ้ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญาและพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Lökk & Delbari, 2010) อายุ (มณฑล ว่องวันดี, 2552; Hackett & Anderson, 2005) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Hackett & Anderson, 2005; Robinson & Spalletta, 2010) และประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Lökk & Delbari, 2010) 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Li et al., 2003; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010) โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ กำลังใจจากผู้ดูแลและครอบครัว การดูแลที่ดีจากผู้ดูแลในครอบครัว (ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ์, 2555; Li et al., 2003) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะแรกและระยะท้ายของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (พนมกร หิรัญญัตติ, 2555; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Lökk & Delbari, 2010) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า บุคคลที่มีความสำคัญคือ ผู้ดูแล ทั้งนี้ในลักษณะของสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80 (กมล สุกีน และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553) ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยประคับประคองและช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญและส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การปรับตัวทางด้านจิตใจและสังคม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองได้ดี ก็จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการทางกาย ลดความบกพร่องทางเข่าปัญญา ลดอัตราการตายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการรักษาภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถรักษาได้ 2 แบบ คือ การบำบัดทางกาย และการบำบัดทางจิตสังคม โดยการบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Lökk & Delbari, 2010) และการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การใช้จิตบำบัด เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการทบทวนชีวิตที่ผ่านมา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Hackett & Anderson, 2005; Watkins et al., 2007; Lökk & Delbari, 2010) การรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการบำบัดโดยใช้ดนตรี (แพรศิริ อยู่สุข, 2557) และการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์, 2556) ทั้งสองวิธีนี้ได้กระทำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้วิธีการบำบัดรักษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นวิธีการลดภาวะซึมเศร้าโดยจัดกระทำที่ตัวผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550) และมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ และในการดูแลผู้สูงอายุควรให้ผู้ดูแลเน้นการให้ความรัก ความเอาใจใส่และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันด้านจิตใจ นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลมาจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว อาจเกิดมาจากการที่ผู้ดูแลมีความเห็นดีเห็นชอบจากการดูแล และมองว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุลดลง (สุพรรณษา แสงพระจันทร์ และคณะ, 2559) จากงานวิจัยของ Chumbler และคณะ (2004) พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะหงุดหงิด สับสน ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบใช้อารมณ์ในการดูแล จึงยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการนำหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) จึงถูกนำมาพัฒนาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดถูกพัฒนาโดย Gineste & Marescotti (2008) ได้พูดถึงฮิวแมนนิจูด คือ ปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ มีความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นอ่อนโยนแก่ผู้สูงอายุ

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรัชญาฮิวแมนนิจูดได้พัฒนามาจากประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ.1982 โดย Gineste & Marescotti เป็นที่รู้จักและแพร่หลายในประเทศฝรั่งเศส ทวีปยุโรป ประเทศแคนาดา ประเทศอเมริกาและประเทศญี่ปุ่น ได้นำฮิวแมนนิจูดมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ หลายกลุ่ม และในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านการรู้คิด มีความบกพร่องทางเขาวนปัญญา เช่น โรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในต่างประเทศ พบว่า Honda et al. (2013) ได้ทำการศึกษาสำรวจเรื่องประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คนจัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดใช้ระยะเวลา 5 วัน โดยใช้อุปกรณ์ประกอบ 4 ประการ คือ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดทำในแนวตั้งตรง ภายหลังจากให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจมีความสุขในการดูแลและการทำงาน ลดความอ่อนล้าภายหลังจากเลิกงานได้ การใช้การสื่อสารแบบอวัจนภาษา คือ การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลาย ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ และช่วยให้ไม่ต้องใช้ยาสำหรับรักษาอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าของ Delmas (2013) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์โดยใช้วิธีการดูแลของ Gineste-Marescotti ในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่ต้องผ่านการอบรมการดูแลจาก Gineste-Marescotti ประเมินผลโดยการตอบแบบสอบถามประเมินการดูแลของ Gineste-Marescotti ก่อนและหลังการอบรมการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เพศหญิงจำนวน 111 คน พบว่า การอาบน้ำให้ผู้ป่วยทำได้ง่ายขึ้น ลดพฤติกรรมที่ก้าวร้าวขณะอาบน้ำได้ร้อยละ 83 ช่วยให้คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยดีขึ้น

ในบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุจะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามา อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้กับตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลเหล่านี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีความเอาใจใส่และให้การดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น อ่อนโยน เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (Gineste & Marescotti, 2008) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพลังใจเข้มแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยทางกายทางใจที่เกิดขึ้น ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติมากที่สุด การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในปัจจุบันยังไม่ได้เน้นถึงการดูแลด้านจิตใจที่เข้าใจในความเป็นมนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลักการให้ความรัก ความเข้าใจ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด

ฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) ได้พูดถึงฮิวแมนนิจูด คือ ปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ มีความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นอ่อนโยนแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดความสุขในชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. การสบตา (Eye contact) ได้แก่ การสื่อสารผ่านทางสายตา ด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน แสดงถึงความสนใจความเอาใจใส่ การให้เกียรติ การเปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการ การกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง โดยกลไกการสบตากระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) และกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ limbic system ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร การมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด คือ การส่งสายตามองด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน มีสีหน้ายิ้มแย้ม การเข้าหาผู้สูงอายุจากทางด้านหน้า อยู่ในตำแหน่งระดับสายตาหรือต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตากับในระยะใกล้ห่างเพียง 15-20 เซนติเมตร และสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล

2. การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยวาจา การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิดทัศนคติส่งไปยังผู้ฟัง ให้ความสำคัญกับผู้ฟัง สนใจรับฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การพูดแสดงออกในลักษณะการปละบประโลม ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวังรู้สึกผ่อนคลายความเศร้าได้ โดยกลไกการสื่อสารโดยวิธีการพูดนั้น เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (person receiving) โดยเรื่องที่สื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร

ลักษณะการพูดแบบฮิวแมนนิจูด คือ ใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล ปละบประโลม ใช้ถ้อยคำเชิงบวก กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พูดคุยกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล

3. การสัมผัส (Touch) คือ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา ใช้การสื่อสารผ่านทางร่างกาย กระตุ้นการทำงานของ limbic brain ที่ควบคุมด้านอารมณ์ ถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับการสัมผัส การสัมผัสด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ ความใส่ใจ จะทำให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย และรู้สึกถึงความมั่นใจปลอดภัยในชีวิต โดยกลไกการสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเยื่อ myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และส่งต่อไปที่ส่วนคอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้าและ amygdala ที่ทำหน้าที่รับรู้ด้านอารมณ์ หากการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจะทำให้ผู้รับการสัมผัสผ่อนคลายไม่ต่อต้าน

ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด คือ วางฝ่ามือด้วยน้ำหนักมือที่พอดี กางนิ้วมือออก และลูบเป็นบริเวณกว้าง การสัมผัสในลักษณะประคองไม่ใช่การจับกุม เริ่มต้นสัมผัสบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุดก่อน คือ หลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับจะไม่เกิดการต่อต้าน

4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) ได้แก่ การจัดทำให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง รวมถึงเป็นการกระตุ้นระบบประสาทการรับรู้การสัมผัส ให้รับรู้ภาพลักษณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยกลไกการจัดทำในแนวตั้งตรง เป็นการกระตุ้นการ synapse คือ บริเวณที่ปลายของแอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น

ลักษณะการจัดทำในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูดคือ การประคองให้ผู้สูงอายุได้ลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และการอาบน้ำในห้องน้ำในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

ทั้งนี้การดูแลโดยองค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง ต้องใช้งานร่วมกันจะใช้เพียงองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งไม่ได้ ต้องมีอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปในแต่ละกิจกรรมการดูแล

ในบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยวิธีให้ความรู้ การสอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลผู้สูงอายุ ได้นำเอาแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานและบูรณาการในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลใน ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยยึดหลักแนวคิดการดูแล ผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งหากผู้ดูแลในครอบครัวนำ แนวคิดนี้ไปใช้จะทำให้เกิดการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ อ่อนน้อมโยนและเคารพใน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดฮิวแมน นิจูดและจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความทุกข์และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของ โรคได้ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรคภายใน 2 สัปดาห์ และ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คู่ (Burns & Glove, 2009) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่

ตัวแปรในการศึกษา คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการแสดงออกทางกาย ได้แก่ อารมณ์เศร้า มีดมน ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย มีความคิดต่อตนเองด้านลบและทำร้ายตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน อาจเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีคะแนนตั้งแต่ 13-24 คะแนน

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ คู่สมรสหรือบุคคลสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีเวลาดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาลและสามารถดูแลต่อเมื่อที่บ้าน

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรคภายใน 2 สัปดาห์ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หมายถึง การให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ดูแลในครอบครัว โดยการยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) การดูแลเน้นตามองค์ประกอบต่อไปนี้

1. **การสบตา (Eye contact)** ได้แก่ การสื่อสารผ่านทางสายตา ด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน แสดงถึงความสนใจความเอาใจใส่ การให้เกียรติ การเปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการ การกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง โดยกลไกการสบตากระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) และกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ limbic system ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร การมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

2. การพูด (Speech) ได้แก่ การสื่อสารด้วยวาจา เป็นปฏิสัมพันธ์เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิดทัศนคติส่งไปยังผู้ฟัง ให้ความสำคัญกับผู้ฟัง สนใจรับฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การพูดแสดงออกในลักษณะการปลอบประโลม ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ได้ระบายนความรู้สึกรู้สึก โดยกลไกการสื่อสารโดยวิธีการพูด เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (person receiving) โดยเรื่องที่เราสื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร

3. การสัมผัส (Touch) ได้แก่ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา ใช้การสื่อสารผ่านทางร่างกาย กระตุ้นการทำงานของ limbic brain ที่ควบคุมด้านอารมณ์ ถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับการสัมผัส การสัมผัสด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ ความใส่ใจ จะทำให้ผู้รับการสัมผัสเกิดความไว้วางใจผ่อนคลายและรู้สึกถึงความมั่นใจ ปลอดภัยในชีวิต โดยกลไกการสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเยื่อ myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และส่งต่อไปที่ส่วนคอร์เทกซ์สมองส่วนหน้าและ amygdala ที่ทำหน้าที่รับรู้ด้านอารมณ์ หากการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจะทำให้ผู้รับการสัมผัสผ่อนคลายไม่ต่อต้าน

4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) ได้แก่ การจัดทำให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง รวมถึงเป็นการกระตุ้นระบบประสาทการรับรู้การสัมผัส ให้รับรู้ภาพลักษณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยกลไกการจัดทำในแนวตั้งตรง เป็นการกระตุ้นการ synapse คือ บริเวณที่ปลายของแอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น

ทั้งนี้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจตามองค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง จะต้องใช้งานร่วมกัน จะใช้เพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่ได้ ต้องมีอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปในแต่ละกิจกรรมการดูแล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ การสอนสาธิต และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลในครอบครัว เป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจากออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15-180 นาที รวม 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกิจกรรม “เรียนรู้ เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 2 การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบหิวแมนนิจูดผ่านกิจกรรม “ทำความรู้จักหิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 120 นาที เรียนรู้ความเป็นมาและความสำคัญของหิวแมนนิจูด องค์ประกอบของหิวแมนนิจูด 4 องค์ประกอบ คือ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่า ในแนวตั้งตรง ฝึกปฏิบัติการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4

กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3 การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบหิวแมนนิจูด ผ่านกิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก” ใช้ระยะเวลา 180 นาที โดยผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุตามแบบหิวแมนนิจูดผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ การสาธิตการดูแลและให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง

กิจกรรมครั้งที่ 4 วันที่ 4 การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบหิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 180 นาที โดยผู้วิจัยทบทวนกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ซักถาม การให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติจริง การประเมินผล (feedback) การชมเชยกระตุ้นให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 5 วันที่ 5 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน ผ่านกิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน” เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลจากการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ

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

กิจกรรมครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเพื่อติดตามการดูแล ผ่านกิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

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

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล และมีการวางแผนจำหน่าย พยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและ

นักโภชนาการ ส่งต่อให้กับหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแล และนัดมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดชีวแมนนิจุดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้
2. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจที่จะศึกษา ค้นคว้า หรือทำวิจัยที่เกี่ยวกับการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ให้การดำเนินการวิจัยมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยจะนำเสนอเนื้อหาของเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ
 - 1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.7 การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 ปัจจัยของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.4 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดฮิวแมนนิจูด
 - 4.1 ความเป็นมาของแนวคิดฮิวแมนนิจูด
 - 4.2 ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

4.3 องค์ประกอบของชีวแมนนิจูด

5. การดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; WHO, 2016) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั่วโลกมีประชากรกว่า 6.7 ล้านคนที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่เป็นประชากรผู้สูงอายุ (WHO, 2015) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อผู้สูงอายุ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุถึงแก่ชีวิตหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น (Suwanwela, 2014) โรคหลอดเลือดสมองจะมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ทั่วโลกพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี พบร้อยละ 11.3 ในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 30 และในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปพบเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีการคาดการณ์ในอีก 40 ปีข้างหน้า (ปีค.ศ. 2010-2050) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือมากกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป (American Stroke Association, 2016) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบประมาณร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 45-54 ปีพบร้อยละ 2.56 (Suwanwela, 2014) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) ประมาณร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Suwanwela, 2014)

1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550; นิจศรี ชาญณรงค์และคณะ, 2554; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) คือ

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เป็นผลจากมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือทำให้เลือดออกใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557; Suwanwela, 2014)

1.2 อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท (นิจศรี ชาญณรงค์ และคณะ, 2554)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด อาการและการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต เนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน ซาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนหรือมีความรู้สึกสับสน ผู้ป่วยมักจะมี ความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียว เช่น ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้ เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย และอาการอัมพาตมักจะเป็นนานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตลอดชีวิต

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง อาการและการแสดงของผู้ป่วย อัมพาต เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้า อาจบ่นปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะซีกเดียว มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง อาจชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรงผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติ ตัวเกร็ง รุม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1-2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรอดฟื้นและดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดทันทีอาจช่วยให้รอดได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544)

1.3 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งอาการเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.3.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ระยะนี้อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1- 14 วัน โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง ระยะนี้จะมีปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติของระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจ

1.3.2 ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยกลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือยาวนานกว่าส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน ปัญหาในระยณะนี้ เช่น ปัญหาการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด ซึ่งอาจทำให้ปอดบวม ขาดสารอาหารตามมา

1.3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะมีอาการอ่อนปวกเปียก อาจรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ โดยหลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น เป็นระยะที่เน้นการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ การฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) เป็นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะแรก ซึ่งระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษาและการพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และมีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะ Atrial Fibrillation (AF) โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความผิดปกติของหลอดเลือดแดง carotid การสูบบุหรี่ (กึ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550; American Stroke Association, 2016)

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้และมีหลักฐานสนับสนุนน้อย ได้แก่ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (American Stroke Association, 2016) การดื่มสุรา การใชยาเสพติด การใชยาคุมกำเนิด ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ การใชฮอร์โมนทดแทน และภาวะหลอดเลือดอักเสบ (กึ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

1.4.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือ TIA (Transient Ischemic Attack) มาก่อน (กึ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550; American Stroke Association, 2016)

1.5 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการประเมินและการตรวจการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายทั่วไปประกอบด้วย การตรวจร่างกายในระบบต่างๆ เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจ เป็นต้น การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การหา vascular risk factors และตรวจเลือด เช่น CBC, Fasting plasma glucose การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) การตรวจด้วยคลื่น

แม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) การตรวจชนิดนี้ช่วยให้เห็นความผิดปกติของเนื้อสมองที่ขาดเลือดได้อย่างละเอียด และ Magnetic Resonance Angiography (MRA) ช่วยให้เห็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง และการตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ

1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ มักพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ได้มากหลังพ้นจากภาวะวิกฤติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ดังนั้นจึงมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามมากมาย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.6.1 ด้านร่างกาย เมื่อเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง สมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ มีรายละเอียดดังนี้ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของการพูดและภาษา ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรู้คิด ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.6.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะความเจ็บป่วยนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายแล้วยังมีผลถึงจิตใจและอารมณ์ เพราะความบกพร่องหรือความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด (Lökk & Delbari, 2010; American Stroke Association, 2016)

1.6.3 ด้านสังคม เป็นผลต่อเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทในครอบครัวและสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เคยพึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งของคนอื่นๆ ในครอบครัวก็ต้องเปลี่ยนมาพึ่งพาผู้อื่น หรือหากผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในสังคม แต่หลังจากป่วยอาจไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้อีก ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติและบุคคลในสังคมลดลง มีความรู้สึกถูกแยกจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกท้อแท้ (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537)

1.6.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องมีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเองจะมี

รายได้ที่จำกัด ครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแล ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

สรุปโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเร่งด่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากและยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างยังอาจมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ การให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมนอกจากจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้แล้ว ยังช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมอง และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย และช่วยให้ผู้สูงอายุได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ พยาบาลต้องเข้าใจพฤติกรรมอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆ เช่น โรคทางกายที่ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการดำรงชีวิต การสูญเสียอาชีพการงาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเหงาและโดดเดี่ยว เนื่องจากขาดคนดูแลเอาใจใส่ รวมถึงสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอลงทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ส่งผลให้ชีวิตอยู่โดยลำพัง และโดดเดี่ยวมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการมีส่วนร่วมกับสังคมและผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และอยากตาย

สายฝน เอกวางกูร (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกันอาจเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงออกถึงความเป็ยเบนทางอารมณ์ ร่วมกับการเป็ยเบนทางความคิดและการรับรู้ ความเป็ยเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเรา ตั้งแต่ระดับปกติ และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ คือเริ่มจากเกิดความวิตกกังวล เสียใจ ท้อแท้จนรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า เบื่ออาหาร มีพฤติกรรมถอยหนี เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

สรุป ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการแสดงออกที่เป็ยเบนด้าน อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการแสดงออกทางกาย ได้แก่ อารมณ์เศร้า มีดมน ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย มีความคิดต่อตนเองด้านลบและทำร้ายตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

2.2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 4 ด้านที่สำคัญได้แก่ (สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

2.2.1 การแสดงออกด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เป็นอาการนำหลัก บุคคลจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ เศษซา เจ็บซึม ขาดชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงา โดดเดี่ยว ร่วมกับความรู้สึกไม่สดชื่น อ้างว้าง ไร้คุณค่าในตนเอง ขาดคนรักคนเอาใจ เป็นต้น อารมณ์โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระวนกระวาย น้อยใจง่าย มีความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย หมดความสนใจ มีความรู้สึกผิด ต่ำหนัตัวเอง มีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

2.2.2 การแสดงออกด้านความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง มีความคิดทางลบกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

2.2.3 การแสดงออกด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ไม่สนใจตนเองสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจกรรมได้ตามปกติ ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

2.2.4 การแสดงออกทางกาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทางกาย จะเป็นอวัยวะใดขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดของจิตใจ เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เป็นต้น อาการนอนไม่หลับ ตื่นเร็วหรือบางรายหลับมากเกินไป มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ระบบขับถ่ายมีปัญหา มีอาการท้องผูกหรือท้องเสียใน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

สรุปได้ว่า อาการทั้ง 4 ด้านมักเกิดร่วมกันและเชื่อมโยงกันจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

2.3 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ (Beck, 1976) ดังนี้

2.3.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น เศร้า ไม่แจ่มใส เหนงหางอวยชั่วคราว มีความคาดหวังต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และมีความตั้งใจในการทำงานต่างๆ ลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งตาม TGDS เท่ากับ 13-18 คะแนน

2.3.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้ามากขึ้น รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ต่ำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว วิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพ แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดเกี่ยวกับการตาย แบบแผนการนอนหลับและการรับประทานอาหารผิดปกติไป ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว การทำงานแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ไม่สมบูรณ์ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งตาม TGDS เท่ากับ 19-24 คะแนน

2.3.3 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ผู้ป่วยมีอาการเศร้าตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ต้องการหลีกเลี่ยงและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ล้มเหลวในชีวิต มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หหมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ อยู่ท่าเดียววนวนๆ ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ ระยะนี้มักจะถอยตัวจากโลกแห่งความเป็นจริง เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งตาม TGDS เท่ากับ 25-30 คะแนน

สรุป ลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ระดับความรุนแรงที่มากขึ้นจะยิ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งมีความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke depression) และเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Lökk & Delbari, 2010; Starkstein et al., 2013; Koh, 2013; Hackett et al., 2014) ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 40 (Robinson & Spalletta, 2010; Starkstein et al., 2013; Koh, 2013) สำหรับประเทศไทย พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 48.8 (นันทกา ภัคดิพงษ์ และเจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555)

ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดได้โดยใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนและเป็นปีแล้วหายไป ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรก เรียกว่า early post stroke depression และในกรณีเกิดภาวะซึมเศร้าหลัง 3 เดือน เรียกว่า late post stroke depression (Lökk & Delbari, 2010) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 28.2-48.8 (มณฑล ว่องวันดี, 2552; นันทกา กักติพงษ์ และเจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) โดยมีอาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ หมดหวัง วิตกกังวลง่าย ขาดความกระตือรือร้น และแยกตนเอง (Hama et al., 2011) อาการทางกายที่พบ ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาการนอนไม่หลับ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Lökk & Delbari, 2010; Hackett et al., 2014) ในผู้สูงอายุมักจะพบอาการทางกาย การขาดความสนใจในตนเอง มีความกังวล มองตนเองไร้ค่าจะทวีความรุนแรงขึ้น และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านร่างกายมักจะไม่ใช่ชัดเจนในผู้สูงอายุ บางครั้งไม่แสดงออกมาตรงๆ การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจึงค่อนข้างยาก ซึ่งจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ไม่ได้ (Lökk & Delbari, 2010)

ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา เพิ่มอัตราการตายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010; Robinson & Spalletta, 2010)

สรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ภายในระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปี แต่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน มีอาการไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ หากเราสามารถให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาได้รวดเร็ว จะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัว

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่

2.5.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย โดยบางการศึกษาพบว่า

เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Lökk & Delbari, 2010) บางการศึกษาพบว่าเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญาและพรชัย สติธิปัญญา, 2548)

2.5.2 อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (มณฑล ว่องวันดี, 2552; Hackett & Anderson, 2005) ในประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี พบร้อยละ 12 (Suwanwela, 2014)

2.5.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hackett & Anderson, 2005; Robinson & Spalletta, 2010) ผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548)

2.5.4 ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง พบว่ารอยโรคในสมองซีกซ้ายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงต้น (มณฑล ว่องวันดี, 2552; Ferro et al., 2016; Metoki et al., 2016) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งรอยโรคในสมองซีกซ้าย โดยเฉพาะบริเวณ frontal lobe หรือ parietal lobe และบริเวณ basal ganglia ส่งผลให้มีการลดลงของสารสื่อประสาทในสมอง norepinephrine และ serotonin จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551)

2.5.5 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Lökk & Delbari, 2010)

2.5.6 การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Li et al., 2003; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010) โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ กำลังใจจากผู้ดูแลและครอบครัว การดูแลที่ดีจากผู้ดูแลในครอบครัว (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2555; Li et al., 2003) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะแรกและระยะท้ายของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (พนมกร ทิรัญญัตติ, 2555; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Lökk & Delbari, 2010) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

2.5.7 ผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขาดกำลังใจและความเอาใจใส่จากผู้ดูแล และผู้ดูแลมุ่งเน้นการทำกิจกรรมทางกายจนละเลยการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2555) จากการศึกษาของนงนุช เพ็ชรร่วง

และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ต้องการกำลังใจ ต้องการความรักความเข้าใจ และระบายข้อขัดข้องใจจากผู้ดูแล

ปัจจัยดังกล่าวมาในข้างต้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าและมีปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาครั้งนี้คือ การดูแลจากผู้ดูแลที่เกิดจากการขาดความรักความเข้าใจ ความเอาใจใส่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยมักจะเป็นผู้ที่มีจิตใจอ่อนไหว มีความเปราะบางทางจิตใจ สามารถรับรู้ความรู้สึกเหล่านี้ได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยมจะใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

2.6.1 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เป็นผู้ประเมิน และรายงานภาวะซึมเศร้า (professional - report) หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินสภาพ และให้ระดับคะแนนตามที่ข้อความของแบบสอบถามกำหนด เครื่องมือที่ได้รับความนิยม ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm - Ottosson Depression Scale (CODS), Beath - Rafaelsen Melancholia Scale, Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MNDRS)

2.6.2 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะที่ให้ผู้รับการประเมินเป็นผู้รายงานอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง (self - report) หมายถึง เครื่องมือที่ออกแบบให้บุคคลตรวจสอบหรือประเมินอาการซึมเศร้าของตนเองตามการรับรู้และความรู้สึก ตามข้อความที่กำหนดในแบบสอบถาม เครื่องมือที่ได้รับความนิยม ได้แก่ Beck Depression Scale (BDI), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Geriatric Depression Scale (GDS)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะที่ให้ผู้รับการประเมินเป็นผู้รายงานอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง (self - report) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย สร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย โดยรวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยา รวมทั้งหมด 29 คนจาก 14 สถาบัน และทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 คน ใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage ในปี ค.ศ.1983 โดย อรรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) นำมาแปลเป็นไทยและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ

0.94 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิดและการแยกตัว มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังต่อไปนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย

19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง

25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศรียรระดับรุนแรง

2.7 การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมการรักษาภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถรักษาได้โดย

2.7.1 การบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในการรักษา เรียกว่ายาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant) คุณสมบัติของยา คือ จะลดอาการซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และทำให้หัวใจซึม โดยแพทย์จะเริ่มให้ยาด้วยขนาดน้อยๆ ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา แล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มยา เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาจนสามารถหยุดยาได้ การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษา เนื่องจากปัจจุบันการใช้ยาจะได้ผลดีมากและสะดวก การรักษาด้วยไฟฟ้าจึงใช้ในกรณีที่จำเป็นจริงๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาทางยาไม่ได้ผล และผู้ป่วยมีอาการโรคจิตร่วมด้วยและเป็นรุนแรง การจำกัดพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และจะกระทำในกรณีที่เป็นที่จำเป็นเท่านั้น เช่น มีภาวะซึมเศรียรุนแรงมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องการและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้สงบ และปลอดภัย ควรยกเลิกการจำกัดพฤติกรรม และหาวิธีจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีอื่นที่เหมาะสม (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010)

2.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การใช้จิตบำบัด เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการทบทวนชีวิตที่ผ่านมา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Hackett & Anderson, 2005; Watkins et al., 2007; Lökk &

Delbari, 2010) เป็นการให้หลักการของสัมพันธภาพรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไข ปัญหาของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม

การรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับการลดภาวะซึมเศร้าโดยพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่าการบำบัดโดยใช้ดนตรี (แพรวศิริ อยู่สุข, 2557) และการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (ชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์, 2556) ทั้งสองวิธีนี้ได้กระทำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

สรุปได้ว่า การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล ทั้งนี้วิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการจัดกระทำที่ตัวผู้สูงอายุเป็นหลัก สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในขณะที่ยุสูงอายุนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันกลับบ้าน

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Davis (1992) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตรญาติ พี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้านหรือบุคคลสำคัญในชีวิต

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญในการพิจารณา คือ ญาติหรือบุคคลอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายจิตใจ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยจะมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชน แหล่งอาศัยไม่ใช่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่างๆ

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ คู่สมรส เป็นเพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

3.2 ปัจจัยของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้รับการตอบสนองความต้องการและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ดีขึ้น เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับความทุกข์และปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของโรคได้ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ได้แก่

3.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความเอื้ออาทรที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นั่นคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติให้การดูแลด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน

3.2.2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลที่โรงพยาบาล จะเรียนรู้วิธีการดูแลได้เร็วกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าใช้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และควรมีทักษะที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น (วันเพ็ญ พิชาติพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545; ภรภัทร อิมโอรุ, 2550)

3.2.3 ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภรภัทร อิมโอรุ, 2550)

3.2.4 การสนับสนุนทางสังคม เป็นความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล โดยมีการติดต่อมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการได้รับความรักความเอาใจใส่และช่วยเหลือด้านต่างๆ (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลในระดับปานกลาง (จินตนา สมนึก, 2540)

ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน หากเราสามารถเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

3.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านจากโรงพยาบาลไปสูบ้าน ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งถ้าปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเน้นความร่วมมือของผู้ดูแลในครอบครัว การให้ความรัก ความเอาใจใส่และการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย (สุทธิตา รัตนสมาน, 2542)

3.3.1 การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองช่วยตัวเองให้มากที่สุด ให้การช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

3.3.1.1 การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2 - 3 มื้อ/วัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8 - 10 แก้ว ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืนขณะรับประทานอาหารผู้สูงอายุอาจสำคัญได้ ผู้ดูแลในครอบครัวควรให้การช่วยเหลือ โดยเริ่มทดสอบรีเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่ไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ควรได้รับอาหารวันละ 4 - 6 มื้อหรือประมาณ 2,000 - 3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย

3.3.1.2 การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถูกรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ชายและใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสะสมของแบคทีเรีย และป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3.3.1.3 การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ควรหัดให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระ โดยนั่งส้วมหรือกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวันแม้ว่าจะไม่ปวด เพื่อฝึกสุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผักผลไม้ เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 - 4 วันหรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องให้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2 - 3 วัน และทุกครั้ง que ผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่ายหรือพาไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้รอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้หายปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับ ทำให้อุจจาระแข็งได้ การขับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายและเดินได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

3.3.1.4 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ได้ช่วยตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างยิ่ง ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังล้างสบู่อกหมด ซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

3.3.1.5 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก ใส่สบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้สูงอายุควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุด ในการเปลี่ยนเสื้อผ้าและแต่งกายอื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โทนหนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่ขางที่เป็นอัมพาทก่อนใส่ขางที่ดี และถอดขางที่ต้ออกก่อนขางที่เป็นอัมพาท

3.3.1.6 การนอนหลับ ควรให้ผู้สูงอายุได้เข้านอนเป็นเวลา และควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น แสงสว่าง กลิ่น เสียง เป็นต้น ควรได้รับการจัดที่นอนที่ถูกต้องเพื่อให้รู้สึกสุขสบายและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต โดยจัดแขนขางที่เป็นอัมพาทให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอก และให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่

3.3.2 การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องกระทำต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจากระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดพยาธิสภาพของโรค

หลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมายคือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา

3.3.2.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีการฟื้นฟูสภาพในกิจกรรมดังนี้

3.3.2.1.1 การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive range of motion การเคลื่อนย้ายตัวเองและการฝึกเดิน การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ หลักการฟื้นฟูเน้นการลงน้ำหนักบนส่วนต่างๆ ของร่างกายทั้งสองด้านเท่าๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทางและการเคลื่อนไหวอย่างปกติ การฟื้นฟูสภาพต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นเสียง การสัมผัสร่างกาย การใช้สายตา เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความอยากเรียนรู้ ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นฟูสำเร็จ

3.3.2.1.2 การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้สูงอายุ และไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียววนๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้นง่าย ชัดเจนและพูดซ้ำ ถ้าไม่เข้าใจควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้ผู้สูงอายุสับสนได้ ไม่คาดหวังให้ผู้สูงอายุตอบ เพราะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เบื่อหน่ายหรือมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

3.3.2.1.3 การกลืน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ลื่น ปากข้าง อัมพาตจะชา สูญเสีย Gag reflex ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกการกลืน และการรับประทานอาหาร

3.3.2.2 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจตามมา ผู้สูงอายุบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการสื่อสารกับคนอื่น พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ การดูแลประคับประคองจิตใจผู้สูงอายุสามารถทำได้ ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

3.3.2.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดง-ออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองสำเร็จ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3.2.2.2 การป้องกันอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงง่าย โดยขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์เปลี่ยนแปลง และหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ

3.3.2.2.3 การป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดนั้น

3.3.2.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหลายด้านจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ และภาวะข้อติด เป็นต้น

3.4 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการดูแลที่ค่อนข้างซับซ้อนสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวและต้องการความต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีความรู้ เรียนรู้วิธีการดูแล มีทักษะความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาความต้องการต่างๆ ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

3.4.1 การชี้แนะผู้ดูแลในครอบครัวให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หรือปรับความสามารถในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.4.2 การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้ว่าเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลในครอบครัว รับฟังปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแล

3.4.3 การฝึกทักษะและการสอน เป็นวิธีช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการพัฒนาความรู้หรือทักษะ รวมถึงการสาธิตในการดูแล เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3.4.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้ เช่น จัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือได้

3.4.5 การให้คำปรึกษา ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดต้องการระบายความรู้สึก เพื่อช่วยลดความเครียด การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น การให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการดูแล การให้ข้อมูลคำแนะนำเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการ เนื่องจากสามารถช่วยให้การดูแลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การปรับตัวทางด้านสังคมและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดฮิวแมนนิจูด

4.1 ความเป็นมาของแนวคิดฮิวแมนนิจูด

แนวคิดฮิวแมนนิจูด เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1980 โดย Freddy Klipfenstein ได้บัญญัติคำว่า Humanitude และต่อมาในปี ค.ศ. 1987 นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสชื่อ Albert Jacquard ได้ให้นิยามว่า “ฮิวแมนนิจูดเป็นของขวัญที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดของมนุษย์และยังสามารถถ่ายทอดให้กับผู้อื่นได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด” หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1989 Lucien Mias ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศสได้นำแนวคิด ฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นคนแรก และในปี ค.ศ. 1995 Yves Gineste และ Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศส ได้พัฒนาเป็นปรัชญาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (philosophy of humanitude) โดยเริ่มต้นจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาการรับรู้ ผิดปกติจนประสบผลสำเร็จมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักแพร่หลายในประเทศฝรั่งเศส ทวีปยุโรป แคนาดา สหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น (Gineste & Marescotti, 2008; Phanuef, 2007)

4.2 ปรัชญาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Philosophy of Humanitude)

แนวคิดของ Humanitude มีความแตกต่างจากแนวคิดมนุษยนิยม คือ การดูแลโดยยึดหลักการดูแลด้วยความเคารพและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ โดยให้การดูแลแบบนุ่มนวล อ่อนโยน มีความเอาใจใส่แสดงถึงความอบอุ่นและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีความผาสุกในชีวิต (IGM, 2015)

Humanitude มาจากคำสองคำคือ “human (มนุษย์) และ attitude (ทัศนคติ)” Humanitude หมายถึง “ของขวัญ” หรือ “มรดกตกทอด” ของวิวัฒนาการที่มนุษย์สร้างขึ้นและได้ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น โดยตระหนักถึงความเป็นตัวตนและยังสามารถแบ่งปันผลประโยชน์อันไม่มีที่สิ้นสุดนี้ มนุษย์แตกต่างจากสัตว์อื่น มนุษย์มีลักษณะเฉพาะ คือ ความสามารถในการเดินด้วยสองเท้า มีลำตัวตั้งตรง (verticality) มีการสบตา (eye contact) มีความสามารถในการพูด (speech) มีการยิ้ม (Smiling) หรือหัวเราะ (laughing) มีสติปัญญา (Intelligence) มีความสามารถสัมผัสผู้อื่น (The capacity to touch the other) มีครอบครัว (The family group) มีการรับประทานอาหารเป็น

มือ (Meals) และมีการเข้าสังคม (socialization) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บ่งบอกถึงความเป็นมนุษย์ ดังนั้น การให้การดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงหลักมนุษยธรรม การเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (IGM, 2015)

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ และจะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย และความบกพร่องด้านเขavnปัญญา ให้คงความสามารถที่จะปฏิบัติตามความต้องการของตัวเอง รู้สึกมีความสุขและปรารถนาความเป็นอยู่ที่ดีได้ (IGM, 2015)

การดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคลอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ชุมชน หรือบ้านต้องให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน (tenderness) รวมทั้งยกย่องหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ (self - sufficiency) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการดูแลนั้นมีจุดประสงค์เพื่อ

- 1) การดูแลเพื่อให้อาการดีขึ้น (improve)
- 2) การดูแลให้อาการคงที่ (maintain it) ในรายที่ไม่สามารถดีขึ้นได้
- 3) การเตรียมพร้อมกับการเสียชีวิต (to accompany him up to death) ในรายที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

4.3 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดพัฒนามาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (coma) หรือลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางถ่ายทอดความอ่อนโยนไปสู่ผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลในโรงพยาบาล ในบ้านหรือในชุมชน ควรให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล ต้องให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา (humaneness) และความอ่อนโยน (tenderness) รวมทั้งยกย่องหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ (self - sufficiency) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุจนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (Gineste & Marescotti, 2008) ดังนี้

4.3.1 การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตาและเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารและวิวัฒนาการทางภาษา โดยแสดงถึงมนุษย์เราต้องการการสื่อสารตั้งแต่แรกเกิด ยกตัวอย่างเช่น การมองสบตาระหว่างมารดาและทารกเป็นอีกหนึ่งช่องทางการสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกดีๆ ที่มารดามีให้กับทารก เป็นต้น ทั้งนี้ การสบตาเป็นการเริ่มความสัมพันธ์ก่อนเริ่มการสื่อสาร และเป็นสิ่งแรกที่แสดงถึงการให้การยอมรับ

และตระหนักว่าคนๆ นี้มีตัวตนอยู่จริง แสดงถึงการเปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกภายในและความต้องการของบุคคลคนนั้นๆ การสบตายังแสดงถึงการเริ่มต้นของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเชื่อว่าการที่จะเกิดมาบนโลกนี้ ประกอบด้วย การกำเนิดทางด้านชีวภาพ (biological) และด้านสังคม (sociological) มนุษย์ทุกคนที่เกิดขึ้นมาไม่ได้เกิดมาเป็นมนุษย์ที่มีคุณลักษณะแบบฮิวแมนนิจูด เพียงเกิดขึ้นมาตามลักษณะทางกายภาพและชีวภาพเท่านั้น การที่จะเป็นมนุษย์แบบฮิวแมนนิจูดได้ จะต้องผ่านการเรียนรู้และการฝึกฝน เช่น การเรียนรู้ การสื่อสารเพื่อใช้กับเด็กทารก โดยการสื่อสารจะผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน โดยเริ่มต้นจากการสบตา การพูด การสัมผัสทารก และการจัดท่าในแนวตั้งตรง ซึ่งการจัดท่าในแนวตั้งตรง จะเริ่มหลังจากทารกอายุได้ 3 เดือน กล่าวคือ ทารกเริ่มเปลี่ยนจากการนอนเป็นการใช้ท่าทางในแนวตั้งมากขึ้น เริ่มนั่ง คลาน และเดิน สิ่งต่างๆ เหล่านี้แสดงถึงทารกรับรู้ตัวตนว่าเป็นมนุษย์คนหนึ่ง

ยกตัวอย่างกรณีศึกษา ในช่วงสงครามโรมาเนียมีเด็กทารกที่กำพร้าพ่อแม่จำนวนมากที่อยู่ภายใต้ความดูแลของพยาบาล โดยพยาบาล 1 คนต่อเด็กทารก 60 คน การดูแลของพยาบาลไม่ทั่วถึงขาดการสบตา การพูดคุย การสัมผัสเด็กทารก เด็กทารกเหล่านั้นก็สามารถเจริญเติบโตขึ้นมาได้ มีบางส่วนเสียชีวิตลง แต่เด็กทารกที่ยังมีชีวิตอยู่ก็จะมีอาการคล้ายเด็กออทิสติก (pseudo-autism) หรือออทิสติกเทียม นี้แสดงถึงเด็กทารกที่ไม่ได้รับการดูแลแบบขาดความรัก มีงานวิจัยที่พิสูจน์ได้ว่า เมื่อเด็กทารกเหล่านั้นได้รับการอุปการะเลี้ยงดูจากพ่อแม่บุญธรรม ทำให้เด็กเหล่านั้นกลับมามีพัฒนาการทางด้านสมองที่ดีขึ้น จะเห็นได้จากการทำ CT scan ที่สมองก่อนและหลังได้รับการอุปการะเลี้ยงดู ทำให้สามารถพิสูจน์ได้ว่า การพัฒนาของสมองที่ดีขึ้นเนื่องมาจากเด็กเหล่านั้นได้รับการเลี้ยงดูที่ดี และได้รับการสื่อสารทั้งจากการสบตา การพูดคุย การสัมผัสที่แสดงถึงความรัก ความอ่อนโยนจากพ่อแม่บุญธรรม

เทคนิคการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด

ลักษณะการใช้สายตา การมองสบตาต้องสื่อถึงอารมณ์ความรัก ความอ่อนโยน และความภาคภูมิใจที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคดังนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 1)

- 1) การสบตาในระดับเดียวกันในแนวนอน แสดงถึงความเท่าเทียมกัน
- 2) การสบตาในแนวแกน แสดงถึงความซื่อสัตย์สุจริต
- 3) การสบตาในระยะใกล้ๆ แสดงถึงความอ่อนโยน และความใกล้ชิด
- 4) การสบตาในระยะเวลานาน แสดงถึงความอ่อนโยน มิตรภาพและความรัก

Setting in humanitude with the look: Gaze	
Affective Qualities	Technical Qualities
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Love ➤ Tenderness ➤ Pride 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horizontal = Equality ➤ Axial = Honesty ➤ near = Tenderness, intimacy ➤ long = Tenderness, friendship, love

ภาพที่ 1 ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด

(Gineste & Marescotti, 2008)

ลักษณะของการสบตาที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การสบตา แสดงถึงการเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยการสบตาสามารถแสดงถึงการเริ่มสัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ เราสามารถจำแนกได้ดังนี้

1) การสบตาที่แสดงถึงสัมพันธภาพเชิงบวก คือ ลักษณะการสบตาในแนวเดียวกัน แสดงถึงความเท่าเทียมกัน การสบตาในแนวแกนแสดงถึงความซื่อสัตย์ การสบตาในระยะใกล้แสดงถึงความอ่อนโยน ความใกล้ชิดสนิทสนม และการมองสบตาในระยะเวลานาน แสดงถึงความอ่อนโยน มิตรภาพ และความรัก

2) การสบตาที่แสดงถึงสัมพันธภาพเชิงลบ คือ การสบตาในแนวตั้ง มองจากบนลงล่าง แสดงถึงการครอบงำ การสบตาแบบมองค้อนแสดงถึงความก้าวร้าว การหลบสายตาแสดงถึงความไม่ไว้วางใจ ตกใจ และการมองในระยะไกลแสดงถึงการปฏิเสธ การดูหมิ่น

พยาธิสรีระของการสบตา

การสบตากันจะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin ออกมามากขึ้น และยังไปกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์คือ Limbic system ทำให้รู้สึกเป็นสุข และเกิดความรักใคร่ผูกพัน เมื่อมีกิจกรรมเหล่านี้ซ้ำๆ ก็จะทำให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร รักหมั่นคณะ รักเผ่าพันธุ์ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว จากคุณสมบัติดังกล่าวมาแล้วนี้จึงเรียกว่าเป็น “ฮอร์โมนแห่งความรัก” (Love Hormone) ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ คือ ทำให้เกิดความรักและความผูกพันทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรักและความผูกพันอย่างมากของแม่ที่มีต่อลูกและทำให้มนุษย์มีความปรารถนาที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม เพราะเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขอันเกิดจากความรัก ความผูกพันและความไว้วางใจต่อกัน

ลักษณะการสบตาแบบฮิวแมนนิจูด

การสบตาแบบฮิวแมนนิจูดที่สื่อถึงอารมณ์ความรัก ความอ่อนโยน และมีความภาคภูมิใจที่มีต่อผู้สูงอายุ สามารถนำมาปฏิบัติได้ดังนี้

1. การเข้าหาผู้สูงอายุ ควรเข้าหาทางด้านหน้าตรงของผู้สูงอายุ เพราะลานสายตาของผู้สูงอายุจะแคบ และควรอยู่ระดับลานสายตาของผู้สูงอายุหรืออยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ ไม่ยืนในลักษณะค้ำศีรษะของผู้สูงอายุ ไม่ควรเข้าจากทางด้านหลัง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นและเกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจกลัวได้

2. การสบตากับผู้สูงอายุ ควรเข้าไปใกล้ๆ ใช้ระยะห่างเพียง 15-20 ซม.(intimative) ควรมองให้สายตาประสานกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นใบหน้าและริมฝีปากของผู้ดูแลได้ชัดเจน

3. ลักษณะการมอง ควรใช้สายตาที่แสดงถึงความอบอุ่น นุ่มนวล อ่อนโยนคล้ายกับแม่มองลูก มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ร่วมกับการใช้ท่าทางและการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน เป็นมิตรร่วมด้วย

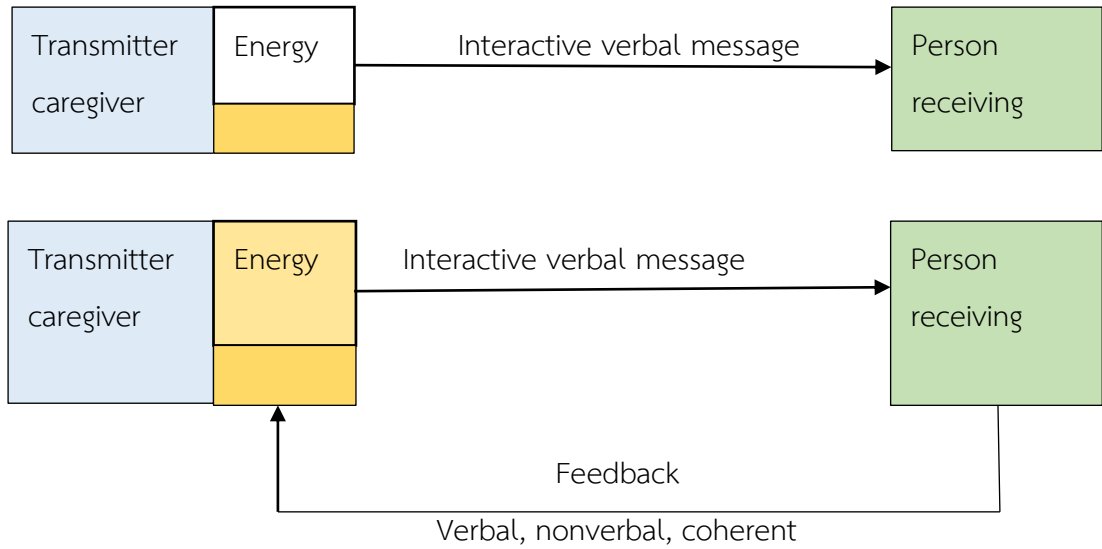
4. ระยะเวลาในการสบตา ควรสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล เช่น ระหว่างอาบน้ำ รับประทานอาหาร ระหว่างการสนทนา เป็นต้น

การสบตาที่ถือว่าประสบความสำเร็จคือ การที่ผู้สูงอายุสบตาเรากลับซึ่งเป็นการแสดงถึงการเข้าใจสารที่เราส่งไป การสบตาแสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ การให้เกียรติในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในตนเอง สร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ

4.3.2 การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยวาจา การมีปฏิสัมพันธ์ทางวาจากับผู้อื่น เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิดที่คนคิดส่งไปยังผู้ฟัง เป็นการแสดงว่าผู้พูดให้ความสำคัญกับผู้ฟัง รับฟังซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกัน การพูดกับผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยจะแสดงออกมาในลักษณะการพลอบประโลม ให้กำลังใจ การให้ข้อมูลและการกระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวังรู้สึกผ่อนคลายความเศร้าได้

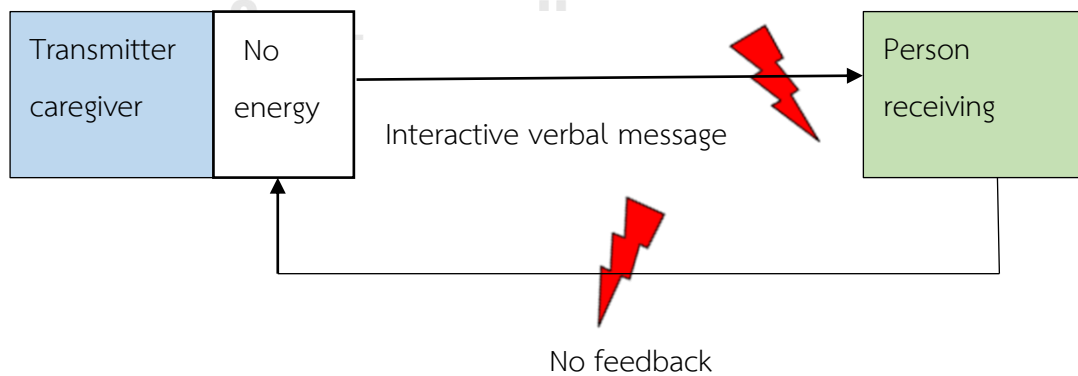
พยาธิสรีระของการพูด

การสื่อสารโดยวิธีการพูดนั้น เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (person receiving) โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง พอผู้ส่งสารพูดออกไปเปรียบเหมือนเป็นการถ่ายทอดพลังงานจากสมองของผู้ส่งสาร ทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงไป และการที่ผู้รับสารสามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้ เปรียบเหมือนเป็นการส่งพลังงานกลับมาที่ผู้ส่งสาร ทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเรื่องที่เราสื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร สามารถอธิบายด้วยภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ - ส่งสารที่มีประสิทธิภาพ
(Gineste & Marescotti, 2008)

ในทางตรงกันข้าม กรณีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น การสื่อสารระหว่างชาวญี่ปุ่นกับชาวฝรั่งเศส ต่างภาษาต่างวัฒนธรรมก็จะสื่อสารกันไม่เข้าใจกันรับสารไม่ได้ การสื่อสารก็จะเป็นการตอบกลับ เหมือนมีสิ่งรบกวนการส่งสารกับการส่งสารกลับไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ในกรณีเช่นนี้ การส่งสารไปแล้วไม่ได้รับการตอบกลับ ก็จะไม่มีการส่งกลับมาให้ผู้ส่งสาร ทำให้ผู้ส่งสารขาดพลังงานในการที่จะสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กลไกการสื่อสารด้วยวิธีการพูด/การรับ - ส่งสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ
(Gineste & Marescotti, 2008)

ดังนั้น เราจำเป็นต้องหาวิธีการใหม่เพื่อทำให้เกิดการสื่อสาร โดยวิธีการหาแหล่งกำเนิดพลังงานหรือ care gestures แล้วหาวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดการส่งสารตอบกลับที่เรียกว่า Auto feedback โดยวิธีการสื่อสารที่ว่านี้คือ การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา ซึ่งมนุษย์เราสามารถสื่อสารผ่านสายตา รอยยิ้ม การใช้ภาษาท่าทาง การใช้มือ การสัมผัส เหล่านี้เป็นต้น (ภาพที่ 4)

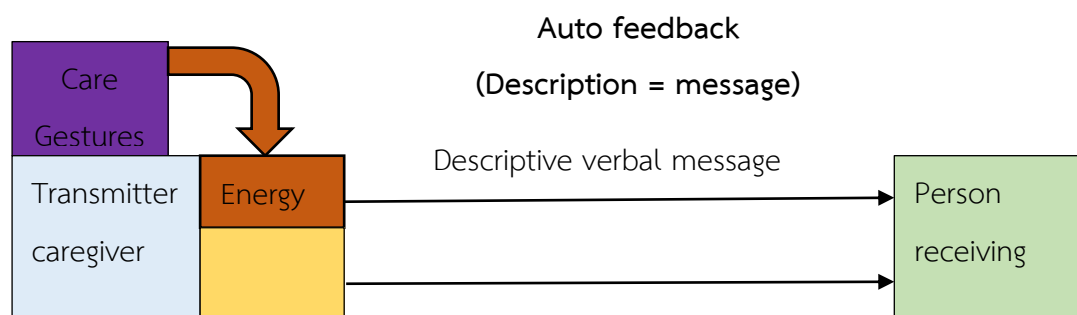
ยกตัวอย่างเช่น การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการหดเกร็งไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยการใช้มือถูไปตามร่างกาย การใช้มือถูเป็นการสัมผัสที่จะช่วยสื่อให้ผู้สูงอายรรู้ว่าเรากำลังพูดกับคนไข้ เป็นต้น ในกรณีนี้การใช้มือถูร่างกาย คือ care gesture ซึ่งแนวคิดฮิวแมนนิจูดเชื่อว่า การใช้ care gesture ร่วมกับการสัมผัสจะช่วยเพิ่มพลังงานในการสื่อสารสูงขึ้นถึง 10 เท่า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอาการหดเกร็ง

วิธีการทำให้เกิด auto feedback มีขั้นตอนที่สำคัญ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ เราถามผู้สูงอายุก่อนว่าอยากจะขยับอย่างไร ยกตัวอย่างเช่น เราต้องการทำความสะอาดแขนด้านในของผู้สูงอายุ เราต้องบอกให้ผู้สูงอายุช่วยยกแขน และระหว่างรอให้ผู้สูงอายุกยกแขนนั้น ให้นับ 1 - 3 เพื่อจะให้เวลากับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติ แต่ถ้าผู้สูงอายุยังไม่ปฏิบัติตาม เราต้องพูดซ้ำและรอ ระหว่างรอให้นับ 1 - 3 ถ้ายังไม่ตอบสนองให้เปลี่ยนลักษณะคำพูดใหม่ที่เข้าใจง่ายขึ้น เช่น คุณป้าคะช่วยเอามือมาจับแก้มฉันหน่อย แทนการบอกให้ยกแขนขึ้น เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 ใช้ในกรณีผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ ยกตัวอย่างกรณีเดิม ผู้ดูแลก็จะเริ่มจากยกแขนผู้สูงอายุขึ้นอย่างนุ่มนวลและต้องบอกผู้สูงอายุทุกขั้นตอนที่ให้การดูแลด้วยวาจาสุภาพนุ่มนวล บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเรากำลังทำอะไร อธิบายทุกขั้นตอน เช่น เรากำลังจะยกแขนฟอกสบู่อุณเริ่มจากมือลงไปแขน เป็นต้น

The way humans communicate: Auto feedback



ภาพที่ 4 กลไกการสื่อสารด้วยการหาแหล่งกำเนิดพลังงาน

(Gineste & Marescotti, 2008)

ลักษณะการพูดแบบฮิวแมนนิจูด

1. กล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การดูแล
2. การพูดกับผู้สูงอายุควรใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล วาจาสุภาพ อ่อนหวาน มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ควรตะโกนหรือตะคอก พูดจากร้าวร้าว
3. ผู้ดูแลควรพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำเชิงบวก คือ การพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน การพูดชื่นชม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พร้อมเป็นผู้รับฟังที่ดี
4. ในกรณีที่ผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรพูดตำหนิ กล่าวโทษ หรือใช้ถ้อยคำหยาบคาย ควรพูดชี้แจงด้วยเหตุผล
5. ควรพูดคุยกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาให้กิจกรรมการดูแล ร่วมกับการใช้เทคนิคการสบตา การสัมผัสควบคู่กันไป

4.3.3 การสัมผัส (Touch) คือ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา ใช้การสื่อสารผ่านทางร่างกาย เพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังผู้รับการสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความปรารถนาดี การตระหนักถึงตัวตนของผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับการสัมผัสเกิดความไว้วางใจ สบายใจ มีกำลังใจ อบอุ่นไม่ถูกทอดทิ้ง

เทคนิคการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด

การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด ควรสัมผัสด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล เกิดความพอใจ มีความสุข และรู้สึกไว้นิ่งเชื่อใจ โดยการใช้เทคนิคสัมผัสแบบกว้างๆ นุ่มนวล ช้าๆ ทะนุถนอม โอบกอดหอมไว้เหมือนเด็กทารก จะทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัย (ภาพที่ 5)

Setting in humanitude with touch

Affective qualities	Technical qualities
➤ Tenderness	➤ wide
➤ Pleasure	➤ soft
➤ Sweetness	➤ slow
➤ Trust	➤ caressing
	➤ enveloping

ภาพที่ 5 การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด

(Gineste & Marescotti, 2008)

มนุษย์ทุกคนเกิดมาควรมีสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้การสัมผัสจะเป็นแบบกว้าง มีพื้นที่ในสัมผัสกว้าง ต้องใช้เวลาในการสัมผัสอย่างช้าๆ นุ่มนวลจะสามารถกระตุ้นการทำงานของสมองให้เกิดการรับรู้ที่ดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดี การสัมผัสก็จะแคบ เล็ก การสัมผัสจะมีลักษณะรีบร้อน ไม่อ่อนโยน เกิดการรับรู้ที่ไม่ดีตามมา

ยกตัวอย่างเช่น กรณีผู้หญิงสูงวัย มีอาการก้าวร้าว ปัสสาวะรดราด ร่างกายอ้วน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้นอนอยู่บนเตียง ถ้าเราให้การดูแลแบบไม่ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ คือ การปล่อยให้หนาวเปียกชื้น ไม่สนใจหรือให้การดูแลแบบไม่เต็มใจ ทำด้วยความรีบร้อน เป็นต้น ผู้สูงอายุรายนี้จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายโดยการหดเกร็ง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากมองหรือมีปฏิสัมพันธ์กับใคร ปัสสาวะรดราด เริ่มถดถอยกลับไปคล้ายกับเด็กทารก ซึ่งในปรัชญาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไม่ควรให้เกิดขึ้น สิ่งสำคัญคือ ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเข้าใจ และต้องการการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเปรียบเสมือนผู้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเหล่านั้นได้ดีต้องตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้

พยาธิสรีระการสัมผัส

กรณีผู้ใหญ่

การสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าโดยผ่าน myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับการทำสำเนา (copy machine) จากสมองส่วนทาลามัสจะส่งต่อไปที่คอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้า และอีกส่วนหนึ่งส่งไปที่ amygdala สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านอารมณ์ จะรับรู้ว่าจะชอบ/ไม่ชอบหรือดี/ไม่ดี เท่านั้น สิ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการแปลความหมายได้ไม่ดี แต่การรับรู้ที่สมองส่วนอะมิดาล่าจะเร็วกว่าสมองส่วนคอร์เท็กซ์ การรับรู้ส่วนใหญ่จึงเกิดที่สมองส่วนของอะมิดาล่าเป็นหลัก ทำให้รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ได้เร็วกว่าชอบ/ไม่ชอบ หรือดี/ไม่ดี แสดงให้เห็นว่าในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลาย การรับรู้ได้แน่ชัด คือ การรับรู้ด้านอารมณ์

ในร่างกายของมนุษย์บริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุดคือ บริเวณฝ่ามือและใบหน้า และส่วนที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุดคือ แผ่นหลัง ดังนั้น การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูดจะเริ่มสัมผัสอย่างกว้างๆ ช้าๆ จากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยไปหาบริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุด คือ เริ่มจากหลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ

กรณีในทารก

ในทารกการทำงานของเยื่อไมอีลินนิวรอน (myelin neuron) ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งการพัฒนาของเยื่อไมอีลินนิวรอนจะเริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 11 ปี ช่วงที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา

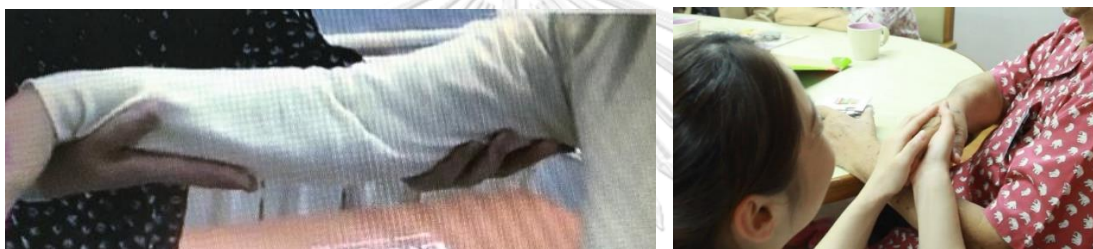
จะมีการรับรู้โดยไม่ผ่านเยื่อไมอีลินนิรอน (no myelin neuron) ดังนั้น ทารกสามารถรับรู้ได้ดี 2 เรื่อง คือ ความเจ็บปวด และการสัมผัส ดังนั้น การสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้ทารกมีความสุข

ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด

วิธีปฏิบัติ

1. การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด มีลักษณะดังนี้ การวางฝ่ามือแบบเบาๆ บริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ ควรวางมือด้วยน้ำหนักที่พอดีไม่ใช่การกด และจะค่อยๆ ไถลงไปที่ปลายเครื่องบินกำลังจะลงจอด กางนิ้วมือออก ลูบไล้เป็นบริเวณกว้าง ด้วยน้ำหนักมือที่พอดีไม่หนัก หรือเบาเกินไป และก่อนที่จะถอยมือออกก็จะต้องค่อยๆ ถอยออกไปคล้ายกับเวลาเครื่องบินจะขึ้น

2. ใช้การสัมผัสแบบการประคอง เพื่อให้ผู้สูงอายู้สึกดี มีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล ทำได้โดยใช้มือประคองจากด้านล่าง และใช้มืออีกข้างช่วยประคองตามภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ลักษณะการสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด

(Gineste & Marescotti, 2008)

3. การสัมผัส เช่น การเช็ดตัวผู้สูงอายุ ควรเริ่มจากด้านหลัง เพราะหลังเป็นส่วนของร่างกายที่มนุษย์ยอมให้สัมผัสได้ง่าย และมีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด โดยจะเริ่มสัมผัสอย่างช้าๆ กว้างๆ นุ่มนวล อ่อนโยนจากบริเวณหลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ การสัมผัสจะเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ หลัง ไปหามากที่สุด คือใบหน้า

4. ในกรณีผู้สูงอายุมีการหดเกร็งตามร่างกาย การสัมผัสเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุคลายการหดเกร็งได้ โดยการใช้สัมผัสที่นุ่มนวล พยายามใช้แรงเบาๆ เท่ากับเด็ก 5 ขวบในการยึดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณที่หดเกร็ง

5. หลีกเลี่ยง Aggressive touch หรือการจับกุมข้อมือ หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย เนื่องจากการสัมผัสดังกล่าวให้ความรู้สึกเหมือนการถูกจับกุมหรือถูกคุมคาม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อต้าน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านสมอง เช่น เมื่อต้องการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ควรจับเข้าผู้สูงอายุแยกออกจากกัน เพราะจะเหมือนเป็นการคุกคามทางเพศ ผู้สูงอายุก็จะต้าน หดเกร็ง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ได้ วิธีที่ถูกต้อง

คือ ควรให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง แล้วให้ยกขาข้างหนึ่งขึ้น แล้วค่อยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการต่อต้านของผู้สูงอายุ

4.3.4 การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด เนื่องจากการปล่อยให้ผู้สูงอายุนอนบนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดความมีคุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกายจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก

นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายจากท่านอนเป็นท่านั่ง ทำยืน ทำเดินเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เพิ่มการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด การขับของเสียออกจากร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อต่อ รวมถึงเป็นการกระตุ้นระบบประสาท การรับรู้การสัมผัสในสมองให้รับรู้ภาพลักษณ์และลักษณะร่างกายของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีการพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจคลายความเศร้าลงได้

ลักษณะลำตัวตั้งตรงของมนุษย์ มีวิวัฒนาการมาจากลิงเดินสี่ขาพัฒนาเรื่อยมาจนสามารถเดินได้ด้วยสองเท้า และใช้มือในการช่วยเหลือและดูแลตนเองในการดำรงชีพได้ ทำให้มนุษย์ได้เรียนรู้มีวิวัฒนาการทางภาษาเพื่อใช้ในการสื่อสาร มีการสัมผัสผู้อื่นซึ่งเป็นจุดเริ่มของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันนำไปสู่การพัฒนาทางความคิดและสติปัญญา มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน มีการรวมกลุ่มกันเป็นสังคม เกิดเป็นวัฒนธรรมและสืบทอดกันต่อมา ดังนั้น การมีลำตัวตั้งตรง การยืนหรือการเดิน จึงเป็นลักษณะสำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์

แนวคิดฮิวแมนนิจูดเชื่อว่า การเดินเป็นการกระตุ้นให้เกิดเขาว์ปัญญาในมนุษย์ (intelligence) ซึ่งมนุษย์เรามีเขาว์ปัญญา 2 อย่างคือ sensory intelligence กับ conceptual intelligence กล่าวคือ

1) Sensory intelligence คือ เขาว์ปัญญาด้านการรับรู้ความรู้สึกนึกคิด มีการพัฒนาที่สมองทำให้เกิดการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องอาศัยเวลาพัฒนาตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในวัยทารกสมองจะยังไม่สมบูรณ์และยังไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ การเรียนรู้จึงเริ่มจากการได้ยินเสียง แล้วพยายามเอื้อมมือไปสัมผัสตามเสียงนั้น ในวัยผู้สูงอายุสมองได้รับการพัฒนามาจนถึงจุดหนึ่งและมีการเรียนรู้ในเชิงมิติสัมพันธ์ แต่กรณีผู้สูงอายุที่ความผิดปกติทางด้านสมองบางราย การเรียนรู้ในเชิงมิติสัมพันธ์จะหายไปจากการที่สมองถูกทำลายบางส่วน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการกระชกกว้าง ยาว ตื้น ลึก หนา บางผิดพลาดไป สิ่งเหล่านี้เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุเองได้

2) Conceptual intelligence คือ เซาว์ปัญญาด้านการคิดเชิงนามธรรมหรือการคิดรวบยอด การที่มนุษย์เรามีเซาว์ปัญญาด้านนี้ได้เกิดจากการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้มนุษย์เรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น เด็กทารกในช่วง 3 เดือนแรก จะยังนอนอยู่บนเตียง การสื่อสารจะเป็นในลักษณะ vertical โดยเรามองลงไป แต่หลังจาก 3 เดือนเมื่อเด็กเริ่มตั้งตัวขึ้นได้ มนุษย์เราเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กทารกแบบ horizontal ทำให้เด็กทารกเริ่มการเรียนรู้เชิงมิติสัมพันธ์ รู้จักอวัยวะ เช่น การใช้มือในการหยิบจับ เริ่มมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว เป็นต้น

การนอนติดเตียง เป็นอุปสรรคของการรับรู้ภาพลักษณ์และส่งเสริมให้เกิดอาการสับสน ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ การนอนบนเตียงมากกว่า 3 วันจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ถ้าร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวภายใน 48 ชั่วโมง จะเกิดผังผืดในข้อต่อของร่างกาย และภายใน 3 สัปดาห์ที่ไม่ได้เดินพบว่า มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อไปถึงร้อยละ 30 และถ้าคนเราสูญเสียมวลกล้ามเนื้อมากกว่าร้อยละ 45 อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ปัจจุบันในทวีปยุโรป ภายหลังจากผ่าตัดในผู้สูงอายุ พยายามจะให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้ได้ภายใน 1 วัน เป็นสิ่งที่ดีที่สุด

พยาธิสรีระการกระทำในแนวตั้งตรง

การตั้งตัวตรงหรือการยืน เป็นการกระตุ้นการ synapse คือบริเวณที่ปลายของแอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น

การกระทำในแนวตั้งตรง ส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ คือ หัวใจของมนุษย์เราทำงานบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านเส้นเลือดแดงตามแรงบีบของหัวใจ แต่การทำงานของเส้นเลือดดำจะไม่มีแรงบีบกลับ โดยเฉพาะที่ฝ่าเท้ามีเส้นเลือดดำอยู่จำนวนมาก และฝ่าเท้ามีลักษณะโค้ง ในขณะที่เดินจะลงน้ำหนักไปที่เท้า ทำให้เกิดแรงกดลงบนกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเลือด จึงทำให้เลือดสามารถไหลย้อนกลับได้ เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อจะหดตัว เกิดแรงกดไปที่เส้นเลือดและส่งผลทำให้เส้นเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ การทำให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดี ประกอบด้วย 3 อย่างด้วยกันคือ การเดิน การหดตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจ ถ้าต้องการให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีจะต้องยืนและเดิน ดังจะเห็นได้จากไม่เคยเห็นผู้ป่วยที่เดินได้มีแผลกดทับ ดังนั้นวิธีการป้องกันแผลกดทับที่ดี คือ การเดิน

ลักษณะการจัดทำในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูด

วิธีปฏิบัติ

1. การประคองแขนผู้สูงอายุให้ลุกขึ้นยืนหรือเดิน โดยการจับมือผู้สูงอายุตามรูปที่ 7 และใช้มืออีกข้างซ้อนเข้าใต้วงแขนด้านหลังของผู้สูงอายุ พยายามยึดกระชับแขนผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแล เพื่อความมั่นคงปลอดภัย จากนั้นพยุงผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนสักพักก่อนที่จะพาเดิน ควรใช้ผู้ช่วยเหลือ 2 คน



ภาพที่ 7 ลักษณะการจัดทำในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูด

(Gineste & Marescotti, 2008)

2. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการเดิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ควรให้ผู้สูงอายุได้อาบน้ำในห้องน้ำ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายสามารถแบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกการช่วยเหลือเรื่องการทำมาสะอาดร่างกายผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด

ระดับการจำแนก	ความสามารถ	กิจกรรมในการอาบน้ำ
1. ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Human standing up)	ผู้สูงอายุสามารถยืนและเดินได้	อาบน้ำในห้องน้ำ โดยการยืนอาบน้ำ
2. ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้ไม่นาน และต้องการนั่งพัก (Human standing up - sitdown)	ยืนได้มากกว่า 40 วินาที แต่ต้องการนั่งพักเป็นระยะ	ยืนอาบน้ำในห้องน้ำ แต่ให้นั่งพักเป็นระยะๆ
3. ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที	ยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที จะไม่สามารถทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ได้	ให้ยืนอาบน้ำในห้องน้ำ และให้นั่งพักเป็นระยะๆ แต่การทำมาสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ต้องทำบนเตียงก่อนไปอาบน้ำ
4. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ยืนไม่ได้แต่นั่งได้	นั่งรถเข็นได้	อาบน้ำบนเตียงบางส่วน และให้นั่งบนเก้าอี้อาบน้ำด้วย
5. ผู้สูงอายุนั่งไม่ได้ต้องนอนบนเตียงตลอด	จำกัดกิจกรรมบนเตียงเท่านั้น	อาบน้ำให้บนเตียงทั้งหมด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้ สอนสาธิตการปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้ดูแลในครอบครัว โดยนำเทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานบูรณาการให้เข้ากับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าด้วยกัน โดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของโรคได้ ส่งผลให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ตารางที่ 2 การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการทางสรีระวิทยาของแนวคิดทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแล

องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
<p>1. การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตา โดยการส่งสายตา มองด้วยความอบอุ่นอ่อนโยน ความเอาใจใส่คล้ายกับแม่มองลูก การสบตาแสดงถึงความสนใจความเอาใจใส่ การให้เกียรติในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ช่วยกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง สร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ การสบตาเป็นการเริ่มความสัมพันธ์ก่อนเริ่มการสื่อสารและเป็นสิ่งแรกที่แสดงถึงการให้การยอมรับและตระหนักว่าคนอื่นๆ นี้มีตัวตนอยู่จริง แสดงถึงการเปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกภายในและความต้องการของบุคคลคนนั้นๆ การสบตายังแสดงถึงการเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพที่ดี</p>	<p>ลักษณะการใช้สายตา</p> <p>การมองสบตาต้องสื่อถึงอารมณ์ความรัก ความอ่อนโยน และความภาคภูมิใจที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสบตาในระดับเดียวกันในแนวนอน แสดงถึงความเท่าเทียมกัน 2) การสบตาในแนวแกน แสดงถึงความซื่อสัตย์สุจริต 3) การสบตาในระยะใกล้ๆ แสดงถึงความอ่อนโยน และความใกล้ชิด 4) การสบตาในระยะเวลานาน แสดงถึงความอ่อนโยน มิตรภาพ และความรัก <p>พยาธิสรีระของการสบตา</p> <p>การสบตากันจะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน oxytocin ออกมามากขึ้น และยังไปกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์คือ limbic system ทำให้รู้สึกเป็นสุข และเกิดความรักใคร่ผูกพัน เมื่อมี</p>	<p>กิจกรรมการดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าหาผู้สูงอายุ ควรเข้าหาทางด้านหน้าตรงของผู้สูงอายุ เพราะลานสายตาของผู้สูงอายุจะแคบ และควรอยู่ระดับลานสายตาของผู้สูงอายุ หรืออยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ ไม่ยืนในลักษณะค้ำศีรษะของผู้สูงอายุ ไม่ควรเข้าจากทางด้านหลัง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นและเกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจกลัวได้ 2. การสบตากับผู้สูงอายุ ควรเข้าไปใกล้ๆ ใช้ระยะห่างเพียง 15-20 ซม.(intimative) ควรมองให้สายตาประสานกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นใบหน้า และริมฝีปากของผู้ดูแลได้ชัดเจน 3. ลักษณะการมอง ควรใช้สายตาที่แสดงถึงความอบอุ่นนุ่มนวล อ่อนโยนคล้ายกับแม่มองลูก มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ร่วมกับการใช้ท่าทางและการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน เป็น

องค์ประกอบการดูแลแบบ ชีวแมนนิจุด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
	กิจกรรมเหล่านี้ซ้ำๆ ก็จะทำให้เกิด ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร รักหมั่นคณะ รัก เผ่าพันธุ์ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว ทำให้มนุษย์มีความ ปรารถนาที่จะมีปฏิสัมพันธ์กัน ทางสังคม	มิตรร่วมด้วย 4. ระยะเวลาในการสบตา ควรสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ ให้การดูแล เช่น ระหว่าง อาบน้ำ รับประทานอาหาร ระหว่างการสนทนา เป็นต้น
<p>2. การพูด (Speech)</p> <p>คือ การสื่อสารด้วยวาจา การมีปฏิสัมพันธ์ทางวาจา กับผู้อื่นเพื่อแสดงให้เห็น ความรู้สึกนึกคิดทัศนคติ ส่งไปยังผู้ฟัง เป็นการแสดง ว่าผู้พูดให้ความสำคัญกับ ผู้ฟัง สนใจรับฟังซึ่งกันและ กัน ทำให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน การพูดกับ ผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วย จะแสดงออกมาในลักษณะ การปลอบประโลม ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ ได้ระบายความรู้สึก ทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความหวังรู้สึก ผ่อนคลายความเศร้าได้</p>	<p>พยาธิสรีระของการพูด</p> <p>การสื่อสารโดยวิธีการพูด เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่ง สาร(transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (person recei- ving) โดยพลังงานมีจุดกำเนิด ภายในสมอง พอผู้ส่งสารพูด ออกไปเปรียบเหมือนเป็นการ ถ่ายทอดพลังงานจากสมองของผู้ส่ง สารลดลงไป และการที่ผู้รับสาร สามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ ส่งสารได้ เปรียบเหมือนเป็นการ ส่งพลัง- งานกลับมาที่ผู้ส่งสาร ทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานในการ สื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเรื่องที่ เราสื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่อง เดียวกันและมีความสอดคล้อง กัน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร</p> <p>กรณี การสื่อสารที่ไม่มี</p>	<p>กิจกรรมการดูแล</p> <p>1. กล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตัว แจ่มชัดถูกต้องประสงค์ ของการให้การดูแล</p> <p>2. การพูดกับผู้สูงอายุควร ใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่ อ่อนโยน นุ่มนวล วาจาสุภาพ อ่อนหวาน มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่ ควรตะโกนหรือตะคอก พูดจา ก้าวร้าว</p> <p>3. ผู้ดูแลควรพูดกับ ผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำเชิงบวก คือ การพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน การพูดชื่นชม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบาย ความรู้สึก พร้อมเป็นผู้รับฟังที่ ดี</p> <p>4. ในกรณีที่ผู้สูงอายุทำ ผิดพลาด ไม่ควรพูดตำหนิ กล่าวโทษ หรือใช้ถ้อยคำหยาบ คาย ควรพูดชี้แจงด้วยเหตุผล</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
	<p>ประสิทธิภาพ เช่น การสื่อสารระหว่างชาวญี่ปุ่นกับชาวฝรั่งเศสต่างภาษาต่างวัฒนธรรมก็จะสื่อสารกันไม่เข้าใจกันรับสารไม่ได้ การสื่อสารก็จะไม่มีการตอบกลับ เหมือนมีสิ่งรบกวน การส่งสารกับการส่งสารกลับไม่กันไปแนวทางเดียวกัน ในกรณีเช่นนี้ การส่งสารไปแล้วไม่ได้รับการตอบกลับ ก็จะไม่พละกำลังส่งกลับมาที่ผู้ส่งสารทำให้ผู้ส่งสารขาดพลังงานในการที่จะสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ดังนั้น เราจำเป็นต้องหาวิธีการใหม่เพื่อทำให้เกิดการสื่อสาร โดยวิธีการหาแหล่งกำเนิดพลังงานหรือcare gestures แล้วหาวิธีการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการส่งสารตอบกลับที่เรียกว่า Auto feedback โดยวิธีการสื่อสารที่ว่านี่คือ การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา ซึ่งมนุษย์เราสามารถสื่อสารผ่านสายตารอยยิ้ม การใช้ภาษาท่าทาง การใช้มือ การสัมผัส เหล่านี้เป็นต้น</p>	<p>5. ควรพูดคุยกับผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาให้กิจกรรมการดูแล ทำร่วมกับการใช้เทคนิคการสบตา การสัมผัส ควบคุมกันไป</p>
<p>3. การสัมผัส(touch) คือ การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา ใช้</p>	<p>ลักษณะการสัมผัส มนุษย์ทุกคนเกิดมาควรมีสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับ</p>	<p>กิจกรรมการดูแล 1. การวางฝ่ามือบริเวณที่ต้องการสัมผัส เช่น ไหล่ ควร</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ชีวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
<p>การสื่อสารผ่านทางร่างกาย กระตุ้นการทำงานของ limbic brain ที่ควบคุมด้านอารมณ์และพฤติกรรมให้แสดงออกมา เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับการสัมผัส การสัมผัสตัวผู้สูงอายุด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยนแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ ความใส่ใจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจผ่อนคลาย และรู้สึกถึงความมั่นใจปลอดภัยในชีวิต การสัมผัสจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจสามารถบรรเทาปัญหาเหล่านี้ลงได้</p>	<p>สังคม การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีจะส่งผลให้การสัมผัสจะเป็นแบบกว้าง มีพื้นที่ในสัมผัสกว้าง ต้องใช้เวลาในการสัมผัสอย่างช้าๆ นุ่มนวลจะสามารถกระตุ้นการทำงานของสมองให้เกิดการรับรู้ที่ดี</p> <p>พยาธิสรีระการสัมผัส</p> <p>การสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าโดยผ่าน myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับการทำสำเนา (copy machine) จากสมองส่วนทาลามัสจะส่งต่อไปที่คอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้า และอีกส่วนหนึ่งส่งไปที่ amygdala สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านอารมณ์ จะรับรู้ว่าจะชอบ/ไม่ชอบหรือดี/ไม่ดีเท่านั้น สิ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการแปลความหมายได้ไม่ดี แต่การรับรู้ที่สมองส่วนอะมิดาล่าจะเร็วกว่าสมองส่วนคอร์เท็กซ์ การรับรู้ส่วนใหญ่จึงเกิดที่สมองส่วนของอะมิดาล่าเป็นหลัก ทำให้</p>	<p>วางมือด้วยน้ำหนักที่พอดี กางนิ้วมือออก สัมผัสให้เป็นบริเวณกว้าง</p> <p>2. ใช้การสัมผัสแบบการประคอง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีมีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล ทำได้โดยใช้มือประคองจากด้านล่าง และใช้มืออีกข้างช่วยประคองตามรูป</p>  <p>3. การสัมผัส เช่น การเช็ดตัวผู้สูงอายุ ควรเริ่มจากด้านหลัง เพราะหลังเป็นส่วนของร่างกายที่มนุษย์ยอมให้สัมผัสได้ง่าย และมีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด โดยจะเริ่มสัมผัสอย่างช้าๆ กว้างๆ นุ่มนวล อ่อนโยนจากบริเวณหลัง ไหล่ แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ การสัมผัสจะเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือหลัง ไปหามากที่สุด คือใบหน้า</p> <p>4. ในกรณีผู้สูงอายุมีการหดเกร็งตามร่างกาย การสัมผัส</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
	<p>รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ได้เร็วว่าชอบ/ไม่ชอบ หรือดี/ไม่ดี แสดงให้เห็นว่าในผู้สูงอายุที่มีสมองส่วนหน้าถูกทำลาย การรับรู้ได้แน่ชัด คือ การรับรู้ด้านอารมณ์</p> <p>ในร่างกายของมนุษย์บริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุดคือ บริเวณฝ่ามือและใบหน้า และส่วนที่มีประสาทการรับรู้่น้อยที่สุดคือ แขนหลัง ดังนั้น การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูดจะเริ่มสัมผัสอย่างกว้างๆ ซ้ำๆ จากบริเวณที่มีประสาทการรับรู้่น้อยไปหาบริเวณที่มีประสาทการรับรู้มากที่สุด คือ เริ่มจากหลัง แขน ขา เท้า มือและใบหน้า ตามลำดับ</p>	<p>ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุคลายการหดเกร็งได้ คือ การใช้สัมผัสที่นุ่มนวล ใช้แรงเบาๆ เท่ากับเด็ก 5 ขวบในการยึดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณที่หดเกร็ง</p> <p>5. หลีกเลี้ยง Aggressive touch หรือการจับกุมข้อมือหรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย เนื่องจากการสัมผัสดังกล่าวให้ความรู้สึกเหมือนการถูกจับกุมหรือถูกคุมคาม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อต้าน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านสมอง เช่น เมื่อต้องการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ควรจับเข้าผู้สูงอายุแยกออกจากกัน เพราะจะเหมือนเป็นการคุกคามทางเพศ ผู้สูงอายุก็จะต้าน หดเกร็ง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ได้ วิธีที่ถูกต้องคือ ควรให้ผู้สูงอายุนอนตะแคงแล้วให้ยกขาข้างหนึ่งขึ้น แล้วค่อยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อหลีกเลี้ยงอาการต่อต้านของผู้สูงอายุ</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
<p>4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด เนื่องจากการปล่อยให้ผู้สูงอายุนอนบนเตียงทั้งที่ สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดความมีคุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก</p> <p>นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง เป็นการกระตุ้นระบบประสาท การรับรู้การสัมผัส ให้รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง เพื่อการจัดการตนเองที่เหมาะสม ป้องกันการนอนติดเตียงและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>พยาธิสรีระการจัดทำในแนวตั้งตรง</p> <p>การตั้งตัวตรงหรือการยืนเป็นการกระตุ้นการ synapse คือ บริเวณที่ปลายของแอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น</p> <p>การจัดทำในแนวตั้งตรงส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ คือ หัวใจของมนุษย์เราทำงานบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยผ่านเส้นเลือดแดงตามแรงบีบของหัวใจ แต่การทำงานของเส้นเลือดดำจะไม่มีแรงบีบกลับ โดยเฉพาะที่ฝ่าเท้ามีเส้นเลือดดำอยู่จำนวนมาก และฝ่าเท้ามีลักษณะโค้ง ในขณะที่เดินจะลงน้ำหนักไปที่เท้าทำให้เกิดแรงกดลงบนกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเลือดจึงทำให้เลือดสามารถไหล</p>	<p>กิจกรรมการดูแล</p> <p>1. การประคองแขนผู้สูงอายุให้ลุกขึ้นยืนหรือเดิน โดยการจับมือผู้สูงอายุตามรูปและใช้มืออีกข้างซ้อนเข้าใต้แขนด้านหลังของผู้สูงอายุ พยายามยึด กระชับ แขนผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแล เพื่อความมั่นคงปลอดภัย จากนั้นพยุงผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนสักพักก่อนที่จะพาเดิน ควรใช้ผู้ช่วยเหลือ 2 คน</p>  

องค์ประกอบการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
<p>ลักษณะการจัดทำในแนวตั้งตรงแบบฮิวแมนนิจูดคือ การประคองให้ผู้สูงอายุได้ลุกขึ้นนั่ง ยืน และเดิน และให้มีการอาบน้ำในห้องน้ำในรายที่ไม่มีข้อจำกัด</p>	<p>ย้อนกลับได้ เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อจะหดตัวเกิดแรงกดไปที่เส้นเลือดและส่งผลทำให้เส้นเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ การทำให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีประกอบด้วย 3 อย่างคือ การเดิน การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจ ถ้าต้องการให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีจะต้องยืนและเดิน ดังจะเห็นได้จากไม่เคยเห็นผู้ป่วยที่เดินได้มีแผลกดทับ ดังนั้นวิธีการป้องกันแผลกดทับที่ดี คือ การเดิน</p>	<p>2. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการเดิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ควรให้ผู้สูงอายุได้อาบน้ำในห้องน้ำ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายสามารถแบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (human standing up) ผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุเดินไปอาบน้ำในห้องน้ำ</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ยืนได้นานเกิน 40 วินาที ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้เดินด้วยตนเองให้นานกว่า 40 วินาที หรือเท่าที่สามารถทำได้ ควรให้อาบน้ำในห้องน้ำ และเตรียมที่นั่งให้พักถ้าไม่ไหว</p> <p>กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ฝึก</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ชีวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
		<p>ลุกยืน หรืออาบน้ำในห้องน้ำ ถ้าไม่ไหวก็ให้นั่งพักเป็นระยะๆ อาจต้องช่วยดูแลความสะอาด ร่างกายบางส่วนบนเตียง เช่น การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์</p> <p>กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนได้ แต่นั่งได้ ผู้ดูแลควรพานั่งรถเข็นไปเข้าห้องน้ำ เพื่ออาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายบางส่วนบนเตียง</p> <p>กลุ่มที่ 5 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (bed ridden) หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมดบนเตียงและการจัดทำนั้ง การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง</p> <p>3. ผู้ดูแลควรเริ่มกระตุ้นผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง นั่งข้างเตียง ก่อนค่อยฝึกการยืนข้างเตียง เดินรอบเตียง ตามลำดับ เพื่อป้องกันอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด และดูความพร้อมของผู้สูงอายุเป็นหลัก</p>

องค์ประกอบการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด	หลักการทางสรีระวิทยา/ แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการดูแล
		4. ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การหายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก ใจสั่นอาการอ่อนแรงแขนขา ควรให้ผู้สูงอายุหยุดพัก ประเมินและสอบถามอาการเป็นระยะ ถ้าไม่ไหวควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรด้านการแพทย์

5. การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) เป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจและความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลด้วยความความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การสบตา (Eye contact)
- 2) การพูด (Speech)
- 3) การสัมผัส (Touch)
- 4) การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality)

ในบทบาทของพยาบาลจะต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยวิธีให้ความรู้ การสอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ขณะที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้นำเอาแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานและบูรณาการในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากผู้ดูแลในครอบครัวนำแนวคิดนี้ไปใช้จะทำให้เกิดการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยนและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่ม

ความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความทุกข์และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของโรคได้ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผู้วิจัยนำแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาพัฒนาเป็นการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังออกจากโรงพยาบาล ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15-180 นาที รวม 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

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

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 กิจกรรม “ทำความรู้จักฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 120 นาที ประกอบด้วย การเรียนรู้ความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด 4 องค์ประกอบ คือ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่าในแนวตั้งตรง ฝึกปฏิบัติการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก” ใช้ระยะเวลา 180 นาที ประกอบด้วย การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูดผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ การสาธิตการดูแล และให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง

ครั้งที่ 4 วันที่ 4 กิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 180 นาที ประกอบด้วย การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยทบทวนกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ซักถาม การให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติจริง การประเมินผล (feedback) การชมเชยกระตุ้นให้กำลังใจ

ครั้งที่ 5 วันที่ 5 กิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย การทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน โดยผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลจากการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 1 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน” ใช้ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว เพื่อติดตามการดูแล

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช เพื่อติดตามการดูแล

ครั้งที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “โทรศัพท์สอบถาม” ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที ประกอบด้วย การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นและติดตามปฏิบัติการดูแล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 378 คน ทำการเก็บข้อมูลหลังจากป่วยได้ 2-4 สัปดาห์ พบว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92.6 โดยพบระดับเล็กน้อยและปานกลางใกล้เคียงกันคือร้อยละ 43 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ โดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุดและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรได้ร้อยละ 48 สำหรับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองไม่สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้

ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สิ้นธุ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราชหรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชและไปอยู่บ้านในเขตบางกอกน้อย ธนบุรี ภาษีเจริญ จำนวน 168 คน พบว่า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 81 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านรูปธรรม เช่น ความต้องการเร่งด่วนและการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 39.9 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ คือการได้รับกำลังใจ การดูแลด้วยความเอาใจใส่จากผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 41.7

นันทกา ภัคตีพงษ์ และเจียมจิต แสงสุวรรณ (2555) ได้ศึกษาภาวะพร่องของสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งแรกที่อยู่ในระยะเฉียบพลันระยะเวลาของการเกิดโรคภายใน 7 วัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 56 คนและโรงพยาบาลอุดรธานีจำนวน 69 คน รวม 125 คน พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.8 และภาวะพร่องของสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการมีอาการอ่อนแรงของร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและความซึมเศร้า

ซาอุทธิ์ วรวิชัยพงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 20 คนต่อกลุ่ม จัดโปรแกรมการทดลองที่บ้านของผู้สูงอายุหลังจำหน่ายออกจากสถาบันประสาท จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แพรศิริ อยู่สุข (2557) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิชชุดา พุ่มจันทร์ (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 120 คนและโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี จำนวน 50 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรรณุช ทองไทย, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม (2557) ได้ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) การประเมินสมรรถนะและความรู้ของผู้ดูแล 2) การแบ่งระดับตามศักยภาพและความรู้ของผู้ดูแล 3) การเยี่ยมบ้านเพื่อการพัฒนาผู้ดูแลตามระดับความรู้และสมรรถนะที่ประเมินได้ 4) การประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้อาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวัง การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

Li, Wang & Lin (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จำนวน 106 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ญาติและเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

Hackett & Anderson (2005) ศึกษาปัจจัยทำนายของการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรในชุมชน โรงพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่จะทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช

Lökk & Delbari (2010) ศึกษาการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญหลักสำหรับผู้สูงอายุ คือ การวินิจฉัยและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุค่อนข้างซับซ้อนเนื่องจากอาการของโรคไม่ชัดเจน บางครั้งก็ถูกละเลยไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้า การรักษามีหลายวิธี การใช้ยาในผู้สูงอายุให้ผลไม่น่าเป็นที่พอใจ การบำบัดทางจิตสังคมยังคงได้ผลดี ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม มีความบกพร่องทางกาย เพศ มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เป็นต้น

Honda et al. (2013) ได้ทำการศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คน จัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้ระยะเวลา 5 วัน โดยใช้องค์ประกอบ 4 ประการ คือ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง สำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายหลังการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจ มีความสุขในการดูแลและการทำงาน ลดความอ่อนล้าภายหลังจากเลิกงานได้ การใช้การสื่อสารแบบ

ไม่ใช่ภาษา เช่น การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลาย ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ และช่วยให้ไม่ต้องใช้ยาสำหรับรักษาอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย

Delmas (2013) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์โดยใช้วิธีการดูแลของ Gineste-Marescotti เป็นการศึกษาไปข้างหน้าในสถานดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลของ Gineste-Marescotti ให้กับเจ้าหน้าที่ การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามประเมินการดูแลของ Gineste-Marescotti ก่อนและหลังการอบรมการดูแลให้กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เพศหญิงจำนวน 111 คน พบว่าการอาบน้ำให้ผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นลดพฤติกรรมที่ก้าวร้าวขณะอาบน้ำได้ร้อยละ 83 และช่วยให้คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยดีขึ้น

Ito & Honda (2015) ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ โดยวิธีการตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้การสื่อสารผ่าน 4 องค์ประกอบ ตามขั้นตอนการดูแลทั้ง 5 ขั้นตอน ในผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลระยะยาว จำนวน 2 คน ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจโดยใช้เครื่องมือ Behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale (BEHAVE-AD) ก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงมีคะแนนปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Metoki et al. (2016) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรคในสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลันกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศญี่ปุ่น ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ช่วงวันที่ 10 ของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 421 คน พบว่า มีการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.9 และตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองบริเวณ frontal และ temporal lobes มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร้อยละ 48.8 (นันทกา ภัททิพงษ์ และเจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา เพิ่มอัตราการตาย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2551; Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010; Robinson & Spalletta, 2010) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากปัจจัยด้านการดูแลที่ขาดความรัก ความเอาใจใส่ การให้กำลังใจจากผู้ดูแลและครอบครัว (ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ, 2555; Li et al., 2003)

การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือ ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และเป็นบุคคลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในบทบาทของพยาบาลจะต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลด้วยวิธีให้ความรู้ การสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลตั้งแต่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้นำเอาแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) มาผสมผสานและบูรณาการในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักความเข้าใจและความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งหากผู้ดูแลนำแนวคิดนี้ไปใช้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดและจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความทุกข์ และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของโรคได้ ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ กรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 8

การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว	
องค์ประกอบฮิวแมนนิจูด แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม
<p>1. การสบตา (Eye contact) ได้แก่ การสื่อสารผ่านทางสายตา</p> <p>การสบตาระดับการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วน hypothalamus ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน oxytocin</p> <p>ลักษณะการสบตา คือ ส่งสายตาด้วยความอบอุ่น อ่อนโยน สีนัยยิ้มแย้ม การเข้าหาเข้าจากทางด้านหน้า และอยู่ในตำแหน่งระดับสายตาหรือต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตากับผู้สูงอายุในระยะใกล้ ควรสบตากับผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ให้การดูแล</p>	<p>ครั้งที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรม “เรียนรู้ เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพ - การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <p>ครั้งที่ 2 วันที่ 2 กิจกรรม “ทำความรู้จักฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 120 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบรรยายความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด 4 องค์ประกอบ - สาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4
<p>2. การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยวาจา</p> <p>การสื่อสารโดยวิธีการพูดเป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร</p> <p>ลักษณะการพูด คือ ใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล ปลอดภัย ใช้ถ้อยคำเชิงบวก และควรพูดคุยกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล</p>	<p>ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก” ใช้ระยะเวลา 180 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน - บรรยายเรื่องการดูแลผู้สูงอายุตามแบบฮิวแมนนิจูด ผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ - การสาธิตการดูแลและให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง
<p>3. การสัมผัส (Touch) คือ การสื่อสารแบบอวัจนภาษา</p> <p>การสัมผัสกระตุ้นการทำงานของสมอง และส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเยื่อ myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และส่งต่อไปที่ส่วนคอร์เท็กซ์สมองส่วนหน้าและ amygdala ที่ทำหน้าที่รับรู้ด้านอารมณ์ ตั้งความรู้สึกที่ได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน</p> <p>ลักษณะการสัมผัส คือ วางฝ่ามือด้วยน้ำหนักมือที่พอดี กางนิ้วมือออกและลูบเป็นบริเวณกว้าง การสัมผัสในลักษณะประคองไม่ไขว่คว้าจับกุม เริ่มต้นสัมผัสบริเวณที่มีประสาทการรับรู้ที่น้อยที่สุดก่อน คือ หลัง แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับจะไม่เกิดการต่อต้าน</p>	<p>ครั้งที่ 4 วันที่ 4 กิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบฮิวแมนนิจูด” ใช้ระยะเวลา 180 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ซักถาม - ให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติจริง - ประเมินผล (feedback) และชมเชยกระตุ้นให้กำลังใจ <p>ครั้งที่ 5 วันที่ 5 กิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน” ระยะเวลา 60 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนกิจกรรมการดูแลก่อนกลับบ้าน - ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลจากการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ
<p>4. การจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) คือการจัดทำให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด</p> <p>การจัดท่าในแนวตั้งตรงเป็นการกระตุ้นการ synapse คือบริเวณที่ปลายของแอกซอน(axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์(dendrite)ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น</p> <p>ลักษณะการจัดท่าในแนวตั้งตรง คือ การประคองให้ผู้สูงอายุได้ลุกขึ้นนั่ง ยืนและเดิน การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และการอาบน้ำในท้องถิ่นในรายที่ไม่มีข้อจำกัด</p>	<p>ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 1 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน” ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อติดตามการดูแล</p> <p>ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD” ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช <p>ครั้งที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังออกจากรพ. กิจกรรม “โทรศัพท์สอบถาม” ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นและติดตามปฏิบัติการดูแล

ภาวะ
ซึมเศร้า
ของ
ผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือด
เลือด

ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂
กลุ่มทดลอง	O ₃	X	O ₄

O₁ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง

O₂ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

O₃ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

O₄ หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

X หมายถึง การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรคภายใน 2 สัปดาห์ และ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่

คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.2 มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

1.3 ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้

1.4 ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (cognitive function) ประเมินโดยแบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental test: CMT) จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน

1.5 มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Depression Scale: TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย, 2537)

1.6 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ถึงระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.7 ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า(antidepressant)

1.8 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังนี้

2.1 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือต่างบ้าน มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง

2.2 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน

2.3 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

3.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนในโรงพยาบาล

3.2 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งที่ตามระยะเวลาที่กำหนด

3.3 ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการทั้งหมด 2 ราย เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงขึ้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 1 ราย และผู้ดูแลในครอบครัวขณะเข้าร่วมโครงการขอถอนตัว เนื่องจากต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด ต้องจ้างผู้ดูแลอื่นมาดูแลผู้สูงอายุแทนตนเอง 1 ราย ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่มาทดแทน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ ซึ่งส่งผลต่ออำนาจทดสอบทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ด้วยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 มีอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.5 จากตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (Burns & Glove, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คู่ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ และกลุ่มควบคุม 22 คู่

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขออนุมัติและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการ เพื่อนำเสนอโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลประจำการ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการศึกษาจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติ ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยประเมินการรับรู้ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental test: CMT) ต้องมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ต้องมีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่การพึ่งพิงผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ถึงระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) และประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Depression Scale: TGDS) ผู้สูงอายุต้องมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (19-24 คะแนน)

ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ ให้ความเวลาในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 44 คู่

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 22 คู่ และประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test) ภายหลังจากการประเมินภาวะซึมเศร้าครั้งแรก (pre-test) โดยมีระยะห่างกัน 6 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนกลุ่มทดลอง

3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบจำนวน 22 คู่ โดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในส่วนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจับคู่ตัวแปรสำคัญในด้านเพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า สำหรับส่วนของผู้ดูแลในครอบครัวจับคู่ตัวแปรสำคัญในด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Lökk & Delbari, 2010) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศเดียวกัน

3.2.2 อายุ เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (มณฑล ว่องวันดี, 2552; Hackett & Anderson, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

3.2.3 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hackett & Anderson, 2005; Robinson & Spalletta, 2010) ผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความรุนแรงในการต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับ

รุนแรง และระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าทั้งสองระดับนี้มีความสามารถด้านร่างกายที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามการดูแล ได้ตลอดทั้งโครงการวิจัย

3.2.4 ระดับภาวะซึมเศร้า เนื่องด้วยการบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบการบำบัดจะขึ้นอยู่กับการศึกษาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่ามีเหมาะสมในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง แต่หากมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจต้องใช้รูปแบบอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่า

3.2.5 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง เป็นต้น ผู้วิจัยได้ควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกัน คือ กลุ่มคู่สมรส กลุ่มบุตรหลาน กลุ่มพี่น้องเครือญาติ

โดยผลจากการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ จำแนกตามอายุ เพศ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ

คู่ที่	อายุ (ปี)		เพศ	ADL	ภาวะซึมเศร้า	ความสัมพันธ์
	กลุ่มทดลอง (n=22)	กลุ่มควบคุม (n=22)				
1	69	67	ชาย	รุนแรง	เล็กน้อย	คู่สมรส
2	78	72	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
3	77	79	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
4	76	72	หญิง	รุนแรง	ปานกลาง	บุตร
5	67	62	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
6	67	65	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส

คู่ที่	อายุ (ปี)		เพศ	ADL	ภาวะซึมเศร้า	ความสัมพันธ์
	กลุ่มทดลอง (n=22)	กลุ่มควบคุม (n=22)				
7	68	66	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
8	65	67	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
9	65	66	หญิง	รุนแรง	เล็กน้อย	บุตร
10	61	64	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	พี่น้อง
11	63	62	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
12	66	68	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
13	87	90	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
14	74	70	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
15	69	65	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
16	73	71	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
17	83	83	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
18	61	60	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
19	62	64	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
20	63	60	ชาย	ปานกลาง	เล็กน้อย	คู่สมรส
21	83	83	หญิง	ปานกลาง	เล็กน้อย	บุตร
22	66	65	ชาย	รุนแรง	เล็กน้อย	คู่สมรส

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ออกให้ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2559 (ตั้งเอกสารในภาคผนวก ข) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในครอบครัว แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยรวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ไม่มีผลต่อการได้รับบริการ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการและการรักษา ผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ซึ่งเครื่องมือแต่ละส่วนมีรายละเอียด ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ดังแสดงในภาคผนวก ง) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัว การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับการรับรู้ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับ

ผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (ดังแสดงในภาคผนวก ง) เป็นแบบประเมินที่สร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) ใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage ในปีค.ศ. 1983 โดยอรรณพ ลีทองอินทร์ (2535) นำมาแปลเป็นไทยและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.94 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (emotion) ความคาดหวังด้านลบ (negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (psychomotor) การรู้คิด (cognition) และการแยกตัว (isolation) ลักษณะแบบประเมินเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อคำถาม เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อความเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังต่อไปนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental test: CMT) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ดังแสดงรายละเอียดด้านบน

1.3.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ง) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2544) จาก Barthel ADL Index เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย เกณฑ์การแปลผลการแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังต่อไปนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
 5-8 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
 9-11 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง/ช่วยเหลือตนเองได้
 ปานกลาง

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นระดับน้อยมาก/ไม่มีภาวะพึ่งพา

1.3.3 แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental test: CMT) (ดังแสดงในภาคผนวก ง) เป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินสภาพจิต (cognitive function) สำหรับผู้สูงอายุไทยที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (1996) และได้รับการทดสอบว่ามีคุณค่า (criterion validity) และความน่าเชื่อถือที่ดี ทดสอบค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำได้ค่า kappy coefficient = 0.65 และหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ 0.81 (Jitapunkul et.al., 1996) แบบประเมินสภาพจิตจุฬาเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการอ่านและการเขียนรวมทั้งบุคคลที่มีความบกพร่องทางสายตา มีข้อความจำนวน 13 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 19 และคะแนนต่ำสุดคือ 0 โดยทั่วไปจะประเมินในผู้ป่วยที่มีคะแนนจาก Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การแปลผลคะแนน

คะแนนต่ำกว่า 15 แสดงว่า มีความผิดปกติด้านการรับรู้

คะแนนมากกว่า 15 แสดงว่า การรับรู้ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (ดังในภาคผนวก ง) ประกอบด้วย

2.1 การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การสอนสาธิต และการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าแบบฮิวแมนนิจูดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 15 -180 นาที รวม 6 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการสร้างการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย บทความ ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งในและต่างประเทศ และเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดกับเจ้าของแนวคิด Yves Gineste และคณะจากประเทศญี่ปุ่น จัดขึ้นโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จำนวน 3 วัน ณ

วันที่ 5 - 7 ตุลาคม พ.ศ.2559 และครั้งที่ 2 จำนวน 4 วัน ณ วันที่ 14 - 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2560
จัดที่ห้องประชุมชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดทำแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลใน
ครอบครัว โดยนำการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมองในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ การแต่งกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การ
ทำกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ตารางการดำเนินกิจกรรม วางเป้าหมาย
ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ อย่างเป็นระบบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและมีการ
ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ประกอบการดูแลฯ ได้แก่ แผนการสอนการดูแลตาม
แนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power
point เรื่อง “การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” และคู่มือการดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การ
ดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรม สื่อ
ที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ปรับแก้ไขตาม
คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบ
ฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมองของผู้ดูแลในครอบครัว (ดังในภาคผนวก ง) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ฮิว
แมนนิจูด และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวประเมินทุกวันเป็น
ระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 2 คะแนน

เกณฑ์ประเมินผลการกำกับการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบประเมินความสามารถใน
การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-40
คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0 – 23	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
24 – 32	ร้อยละ 60 – 80	ระดับปานกลาง
33 – 40	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับมาก

การแปลผล ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 จากคะแนนเต็ม 40 คิดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ประกอบด้วย การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว สื่อที่ใช้ประกอบการดูแล ได้แก่ แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power point เรื่อง “การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ที่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

อาจารย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 1 คน

โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ดังนี้

1.1 การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ไม่มีการปรับแก้ข้อความหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1.2 แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปรับเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดให้ชัดเจน เพิ่มเนื้อหาภาวะซึมเศร้า และการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรับข้อความในวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น อธิบาย ปฏิบัติ สาธิต

เป็นต้น และปรับการวัดประเมินผลให้มีความชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความถูกต้อง ครบคลุม และชัดเจนมากขึ้น

1.3 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power point เรื่อง “การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

ปรับเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้ชัดเจนมากขึ้น เพิ่มเนื้อหาภาวะซึมเศร้า ปรับรูปแบบตัวอักษรและขนาดตัวอักษรให้มีความชัดเจนในส่วนหัวข้อและส่วนของเนื้อหา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความถูกต้อง ครบคลุม และชัดเจนมากขึ้น

1.4 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

ปรับการเพิ่มการย่อหน้าเนื้อหาที่เป็นข้อๆ เพื่อให้อ่านได้ง่ายขึ้น ปรับหัวข้อหน้า 7 เป็น “ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว” และปรับภาพบางภาพที่เป็นภาพลิขสิทธิ์ เช่น รูปภาพวาสนา ผู้วิจัยจึงได้ปรับเป็นปกปิดยี่ห้อวาสนา ปรับในเรื่องของ font ที่ใช้ให้เป็น font ที่มีลักษณะมีหัว อ่านง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ

1.5 สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ปรับข้อความในแบบประเมินในส่วนของด้านการสบตา ควรบอกระยะห่างในการสบตา 15-20 เซนติเมตร และเพิ่มการเข้าหาผู้สูงอายุจากทางด้านหน้า และอยู่ในตำแหน่งต่ำกว่าผู้สูงอายุ ด้านการสัมผัส ควรปรับข้อความจากการ “จับมือ” เป็น “วางฝ่ามือสัมผัส” ด้านการพูด ควรเพิ่มเรื่องการใช้โทนเสียงต่ำ พูดช้าๆ ชัดๆ และปรับเรียงเนื้อหาจากการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมมากไปน้อย ไม่อย่างให้สลับกันไปมา โดยให้เรียงดังนี้ สบตาในระยะใกล้ สบตาพร้อมกับการสัมผัส มีการหลบสายตา ไม่สบตา มองผู้สูงอายุด้วยสายตาคุदन เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ค่าความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 1999) คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power point เรื่อง “การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวและเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลในครอบครัว มีค่าเท่ากับ 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลองภายหลังการปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลในครอบครัวที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่มาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังจากนำไปทดลองใช้จริงพบว่า มีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา กักระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ใน การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความเข้าใจดี สามารถปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2561 ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่แรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่หลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย บทความ ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งในและต่างประเทศ และเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดกับเจ้าของแนวคิด Yves Gineste และคณะจากประเทศญี่ปุ่น จัดขึ้นโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 5 - 7 ตุลาคม พ.ศ.2559 และครั้งที่ 2 วันที่ 14 - 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2560 จัดที่ห้องประชุมชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและแนวทางการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ตรวจการพยาบาลกองอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกตามที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่แรกเข้ากลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre - test) โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายของศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป และนัดมาพบแพทย์ (follow up) อีก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการนัดผู้ดูแลในครอบครัวและสูงอายุที่บ้านอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (post - test) และผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.2.1 สัปดาห์แรกผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre - test) รวมถึงประเมินผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยการซักถาม ใช้เวลา 45 นาที และนัดหมายผู้ดูแลในเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ การสอนสาธิต และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1 - 5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6 - 9 ดำเนินกิจกรรมหลังจากออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15-180 นาที รวม 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แผนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าประยุกต์ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1</p> <p>กิจกรรม “เรียนรู้ เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง”</p> <p>ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และการสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) บรรยายเชื่อมโยงเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ความสำคัญของการเป็นผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ชนิด อาการและอาการแสดง ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) บรรยายเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาการดูแลด้วยความรัก เพื่อเป็นการปรับทัศนคติของผู้ดูแล พร้อมยกตัวอย่างประกอบ เช่น การแสดงความรักของมนุษย์ ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่งคลอดออกมาเป็นทารก เป็นต้น 4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการบรรยาย การซักถาม การแสดงความคิดเห็นเป็นระยะๆ 5) กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป
2. การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	<p>กิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 2</p> <p>กิจกรรม “ทำความรู้จักฮิวแมนนิจูด”</p> <p>ใช้ระยะเวลาประมาณ 120 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เกริ่นนำถึงความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด วัตถุประสงค์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 2) บรรยายถึงความเป็นมาขององค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด 4 องค์ประกอบ คือ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่าในแนวตั้งตรง 3) บรรยายความเป็นมาของแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่าในแนวตั้งตรง พร้อมวิธีการปฏิบัติ 4) ผู้วิจัยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติวิธีการสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดท่าในแนวตั้งตรง

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
	5) บรรยายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ(pre-preliminary to care) ขั้นที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (preliminary) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (sensory circle) ขั้นที่ 4 การสรุปผล (emotional consolidation) ขั้นที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (the appointment) 6) สาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอน 7) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 8) กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป
3. การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3 กิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก” ใช้เวลาประมาณ 180 นาที มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ตามแต่ละสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 2) บรรยายการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยผสมผสานการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบการสัมผัส การสบตา การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรงในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยการสาธิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง ได้แก่ - การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ - การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายยาง - การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุอ่อนแรงครึ่งซีก - การดูแลการนอนและการจัดท่านอน - การเดิน - การป้องกันแผลกดทับ - การดูแลผิวหนัง - กิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายแขน ขา - การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 3) ในแต่ละกิจกรรมการดูแลจะมีขั้นตอนการเข้าหาผู้สูงอายุ โดยเริ่มจาก - การเคาะประตู หรือส่งสัญญาณให้ทราบว่าเรากำลังจะ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด
	<p>เข้าไปหาผู้สูงอายุ โดยเข้าหาผู้สูงอายุจากทางด้านหน้าเสมอ อยู่ในระดับเดียวกันหรือต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตา ร่วมกับการสัมผัสบริเวณมือ แขน เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทาย เช่น “สวัสดีคะพ่อ เข้านี้เป็นยังงัยบ้างคะ ดูสีหน้าสดชื่นแจ่มใส เมื่อคืนนอนหลับได้ดีหรือเปล่านั้น” เป็นต้น - บอกผู้สูงอายุให้ทราบว่า ผู้ดูแลจะเข้ามาทำอะไร โดยใช้เทคนิคการพูด การสบตา การสัมผัสร่วมด้วย เช่น “เดี๋ยวเข้านี้เรามาอาบน้ำกันนะคะพ่อ จะได้รับรู้สีสดชื่น” - ผู้ดูแลให้การดูแลตามกิจกรรมที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างให้การดูแลควรใช้เทคนิคการสบตา การพูด และการสัมผัสผสมผสานไปกับการดูแลทุกครั้ง รวมถึงกระตุ้นการจัดทำในแนวตั้งตรงร่วมด้วย - เมื่อเสร็จจากการดูแลควรชวนผู้สูงอายุพูดคุย ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการสบตา การพูด การสัมผัส ก่อนจะแยกจากกันเพื่อเก็บอุปกรณ์ หรือต้องไปเตรียมการดูแลอื่นๆ - ควรบอกผู้สูงอายุให้ทราบว่าผู้ดูแลจะเข้ามาให้การดูแลต่อในเรื่องอะไร ช่วงเวลาไหนต่อไป <ol style="list-style-type: none"> 3) เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น 4) มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ให้ผู้ดูแลศึกษาและใช้เป็นแนวทางการดูแลได้ 5) กล่าวสรุปและนัดหมายครั้งต่อไป
<p>4. การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 4 วันที่ 4</p> <p>กิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบหิวแมนนิจูด”</p> <p>ใช้เวลาประมาณ 180 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยเริ่มจากการทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนนำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ โดยการสอบถามพูดคุยระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลก่อนลงมือปฏิบัติจริง 2) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด
	<p>4) ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ดูแลได้ทราบ(feedback) ให้กำลังใจ ชื่นชมและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นการฝึกทักษะให้ชำนาญ</p> <p>5) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม</p> <p>6) ผู้วิจัยเน้นย้ำการศึกษาคู่มือในการปฏิบัติดูแล</p> <p>7) กล่าวสรุปและนัดหมายครั้งต่อไป</p>
<p>5. การทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 5 วันที่ 5</p> <p>กิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน”</p> <p>กิจกรรมทบทวนการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลจากการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ และจากการซักถามผู้ดูแลแล้วให้ผู้ดูแลบอกวิธีและขั้นตอนในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาของแต่ละบุคคล 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลศึกษาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อเกิดข้อสงสัย 3) ผู้วิจัยแจกสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบหิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลในครอบครัว อธิบายวิธีการใช้ และเน้นย้ำการลงบันทึก 4) นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปโดยการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล
<p>6. การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อติดตามการดูแล</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 1 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน”</p> <p>กิจกรรมคือผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินวิธีการปฏิบัติดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดของผู้ดูแลในครอบครัว มีการทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดจากผู้ดูแลในครอบครัว 2) ผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจากการให้การดูแลและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 3) ผู้วิจัยให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุ และเป็นการฝึกทักษะการดูแลให้ชำนาญ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด
	4) นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
7. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเพื่อติดตามการดูแล	<p>กิจกรรมครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD”</p> <p>กิจกรรมติดตามผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่มาตรวจตามนัด ณ ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจอายุรกรรม ระหว่างรอเข้าพบแพทย์ พุดคุยถามเรื่องการดูแลภาวะสุขภาพ ปัญหาจากการดูแล หรือข้อสงสัย 2) ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) นัดหมายการติดตามสัปดาห์ถัดไปเป็นการโทรศัพท์ติดตาม
8. การติดตามทางโทรศัพท์	<p>กิจกรรมครั้งที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “โทรศัพท์สอบถาม”</p> <p>กิจกรรมโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นและติดตามการดูแลใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาจากการดูแล เปิดโอกาสให้ซักถาม ปัญหาจากการดูแล พุดคุยสอบถามอาการของผู้สูงอายุ 2) ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) นัดหมายครั้งต่อไป

3. **ขั้นประเมินผลการทดลอง** ภายหลังจากวิจัยสิ้นสุดลงนาน 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (post - test) และปิดทำการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เหนือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอใช้อุปกรณ์สถานที่ในการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายครอบครัว โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

5. ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

6. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 22 คู่ จึงเริ่มการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการฝึกทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยจนครบ 22 คู่ ดังรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย

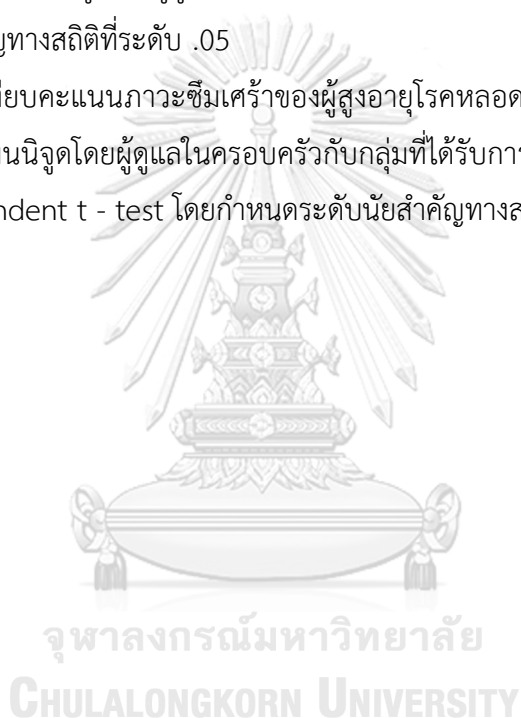
7. ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ (post - test) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

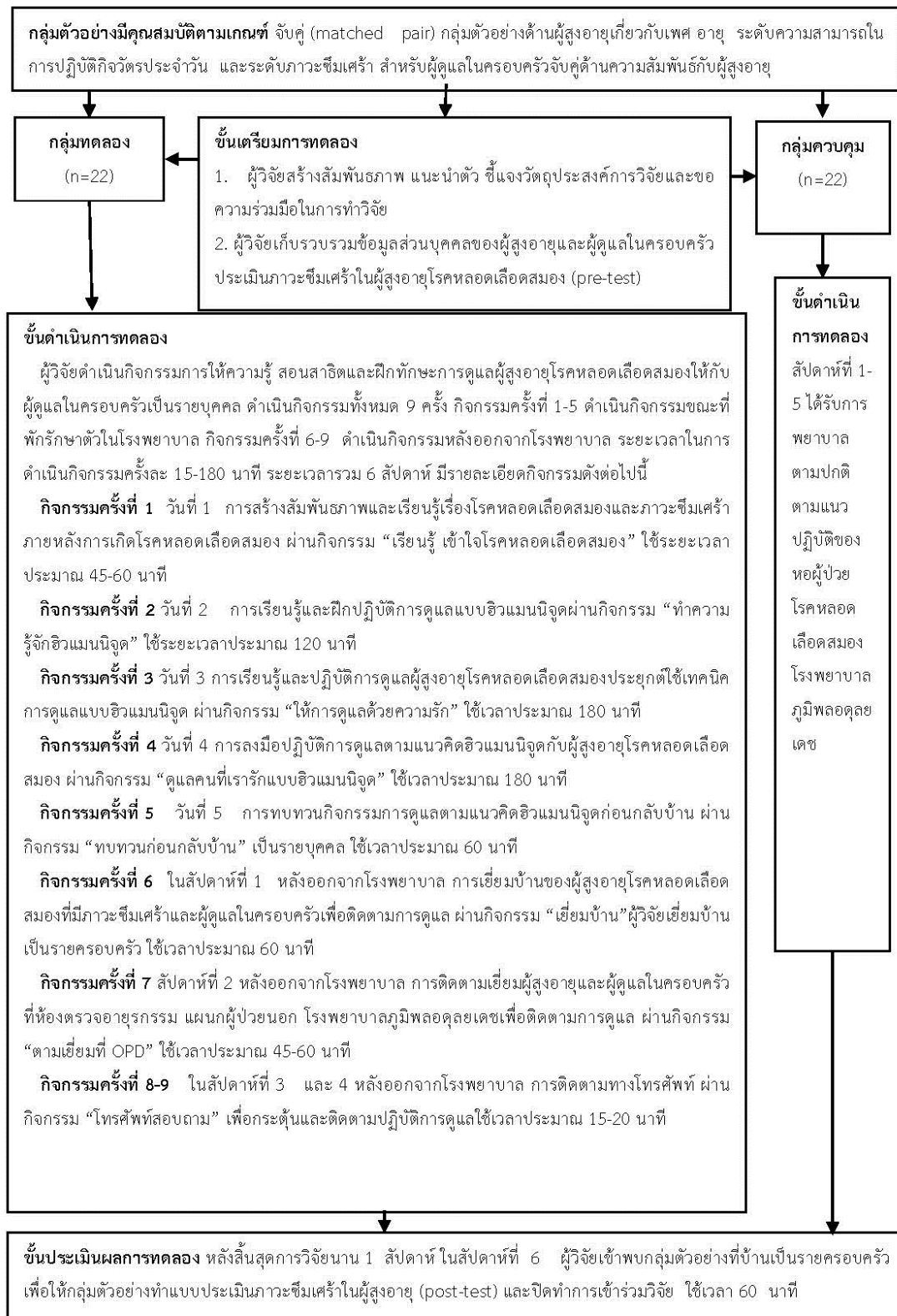
ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยตามแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ไว้ในภาพที่ 9 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวด้วยวิธีการทดสอบสถิติ Paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยวิธีการทดสอบสถิติ Independent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





ภาพที่ 9 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
ตอนที่ 1 รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับการรับรู้ และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 7

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การใช้ยารักษาอาการ ซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับการรับรู้และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	54.5	12	54.5	24	54.5
หญิง	10	45.5	10	45.5	20	45.5
อายุ (ปี)						
\bar{X} (SD)	70.14(7.65)		69.14(7.99)		69.64(7.75)	
Range	61-87		60-90		60-90	
60-69 ปี	14	63.6	14	63.6	28	63.6
70-79 ปี	5	22.7	5	22.7	10	22.7
80 ปีขึ้นไป	3	13.6	3	13.6	6	13.7
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0.0	2	9.1	2	4.5
สมรส	17	77.3	12	54.5	29	65.9
หม้าย	5	22.7	6	27.3	11	25.0
หย่า/แยกกันอยู่	0	0.0	2	9.1	2	4.5
ศาสนา						
พุทธ	22	100.0	22	100.0	44	100.0
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
< 5,000 บาท	0	0.0	3	13.6	3	6.8
5,000-10,000 บาท	2	9.1	2	9.1	4	9.1
> 10,000 บาท	20	90.9	17	77.3	37	84.1

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	0	0.0	4	18.2	4	9.1
มี						
โรคความดันโลหิตสูง	21	95.5	16	72.0	37	85.1
โรคเบาหวาน	11	50.0	8	36.4	20	45.5
โรคไขมันในเลือดสูง	7	31.8	10	45.5	21	48.8
โรคหัวใจ	4	18.2	4	18.2	8	18.4
การใช้ยารักษา						
ซึมเศร้า						
ไม่ใช้	22	100	22	100	44	100
ระดับภาวะซึมเศร้า						
ระดับเล็กน้อย	21	95.5	21	95.5	42	95.5
ระดับปานกลาง	1	4.5	1	4.5	2	4.5
ระดับการรับรู้						
ปกติ	22	100	22	100	44	100
ระดับADL						
พึ่งพารุนแรง	4	18.2	4	18.2	8	18.2
พึ่งพาปานกลาง	18	81.8	18	81.8	36	81.8

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 เพศหญิงร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุตอนกลาง 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.7 และวัยผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.6 สถานภาพสมรส ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรสคิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 22.7 สถานภาพสมรสในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรสคิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา มีสถานภาพ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 27.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 รายได้ครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 90.9

รองลงมาคือ รายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ในกลุ่มควบคุมรายได้ ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 13.6 กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมพบไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 18.2 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาเป็นโรคไขข้อในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 45.5

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.5 ระดับการรับรู้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่พึ่งพากระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา พึ่งพากระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 18.2



ตอนที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	27.3	6	27.3	12	27.3
หญิง	16	72.7	16	72.7	32	72.7
อายุ (ปี)						
\bar{X} (SD)	56(12.90)		55.23(11.86)		55.61(12.26)	
Range	30-72		28-70		28-72	
20-29 ปี	0	0.0	1	4.5	1	2.3
30-39 ปี	3	13.6	1	4.5	4	9.1
40-49 ปี	3	13.6	5	22.7	8	18.2
50-59 ปี	6	27.3	4	18.2	10	22.7
60-69 ปี	7	31.8	10	45.5	17	38.6
70-79 ปี	3	13.6	1	4.5	4	9.1
สถานภาพสมรส						
โสด	4	18.2	3	13.6	7	15.9
สมรส	16	72.7	19	86.4	35	79.5
หม้าย	2	9.1	0	0.0	2	4.5
ศาสนา						
พุทธ	22	100	22	100	44	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	40.9	6	27.3	15	34.1

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	5	22.7	8	36.4	13	29.5
ปริญญาตรี	8	36.4	8	36.4	16	36.4
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	54.5	6	27.3	18	40.9
ข้าราชการ	3	13.6	1	4.5	4	9.1
ค้าขาย	3	13.6	6	27.3	9	20.5
รับจ้าง	2	9.1	2	9.1	4	9.1
เกษตรกร	0	0.0	1	4.5	1	2.3
พนักงานบริษัท	2	9.1	3	13.6	5	11.4
ข้าราชการบำนาญ	0	0.0	3	13.6	3	6.8
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
< 5,000 บาท	0	0.0	3	13.6	3	6.8
5,000-10,000 บาท	3	13.6	4	18.2	7	15.9
> 10,000 บาท	19	86.4	15	68.2	34	77.3
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ						
คู่สมรส	10	45.5	10	45.5	20	45.5
บุตร หลาน	11	50.0	11	50.0	22	50.0
พี่น้อง เครือญาติ	1	4.5	1	4.5	2	4.5
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						
ไม่มี	21	95.5	20	90.9	41	93.2
มี	1	4.5	2	9.1	3	6.8
การได้รับความรู้เรื่อง การดูแล						
ไม่เคยได้รับ	20	90.9	20	90.9	40	90.9

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับจาก						
- หนังสือ	2	9.1	1	4.5	3	6.8
- อินเทอร์เน็ต	0	0.0	1	4.5	1	2.3

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 27.3 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 72.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 40.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.5 รายได้ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 86.4 มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 95.5 และไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.9

ผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 86.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาและปริญญาตรีเท่ากัน ร้อยละ 36.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 27.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 68.2 มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 90.9 และไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.9

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 7 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			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 14.32 หลังทดลองเท่ากับ 10.23 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Paired t - test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ก่อนการทดลองเท่ากับ 14.14 หลังการทดลองเท่ากับ 14.64 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Paired t - test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการบริการตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 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			

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.14 กลุ่มทดลองเท่ากับ 14.32 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ Independent t - test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.64 กลุ่มทดลองเท่ากับ 10.23 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ Independent t - test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับเล็กน้อย และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

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

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์ และ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22

คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.2 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.2 มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

1.3 ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้

1.4 ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (cognitive function) ประเมินโดยแบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา

1.5 มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Depression Scale: TGDS)

1.6 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ถึงระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1.7 ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า (antidepressant)

1.8 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังนี้

2.1 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือต่างบ้าน มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง

2.2 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน

2.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

3.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนในโรงพยาบาล

3.2 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งที่ตามระยะเวลาที่กำหนด

3.3 ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ ซึ่งส่งผลต่ออำนาจทดสอบทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ด้วยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 มีอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.5 จากตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (Burns & Glove, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คู่ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่และกลุ่มควบคุม 22 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยประเมินจากดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental test: CMT)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ การสอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ระยะเวลารวม 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้นำไปปรับแก้ไขทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2.2 สื่อที่ใช้ประกอบการทดลอง ได้แก่ แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วย power point เรื่อง “การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

สมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้นำไปปรับแก้ไขทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้นำไปปรับแก้ไขทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2561 ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่แรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่หลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย บทความ ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งในและต่างประเทศ และเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดกับเจ้าของแนวคิด Yves Gineste และคณะจากประเทศญี่ปุ่น จัดขึ้นโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 5 - 7 ตุลาคม พ.ศ.2559 และครั้งที่ 2 วันที่ 14 - 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2560 จัดที่ห้องประชุมชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและแนวทางการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ตรวจการพยาบาลกองอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกตามที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 คู่แรกเข้ากลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre - test) โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายของศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป และนัดมาพบแพทย์ (follow up) อีก 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการนัดผู้ดูแลในครอบครัวและสูงอายุที่บ้านอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (post - test) และผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.2.1 สัปดาห์แรกผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre - test) รวมถึงประเมินผู้ดูแลในครอบครัวถึงปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยการซักถาม ใช้เวลา 45 นาที และนัดหมายผู้ดูแลในเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ การสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1 - 5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6 - 9 ดำเนินกิจกรรมหลังออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 15 - 180 นาที ระยะเวลา รวม 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1</p> <p>กิจกรรม “เรียนรู้ เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง”</p> <p>ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 - 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และการสร้างสัมพันธภาพ 2) บรรยายเชื่อมโยงเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ความสำคัญของการเป็นผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ชนิด อาการและอาการแสดง ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) บรรยายเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาการดูแลด้วยความรัก เพื่อเป็นการปรับทัศนคติของผู้ดูแล พร้อมยกตัวอย่างประกอบ เช่น การแสดงความรักของมนุษย์ ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่งคลอดออกมาเป็นทารก เป็นต้น 4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการบรรยาย การซักถาม การแสดงความคิดเห็นเป็นระยะๆ 5) กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป
<p>2. การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 2</p> <p>กิจกรรม “ทำความรู้จักฮิวแมนนิจูด”</p> <p>ใช้ระยะเวลาประมาณ 120 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เกริ่นนำถึงความเป็นมาและความสำคัญของฮิวแมนนิจูด วัตถุประสงค์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 2) บรรยายถึงความเป็นมาขององค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด 4 องค์ประกอบ คือ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรง 3) บรรยายความเป็นมาของแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรง พร้อมวิธีการปฏิบัติ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
	<p>4) ผู้วิจัยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติวิธีการสบตา การสัมผัส การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรง</p> <p>5) บรรยายการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอน ได้แก่</p> <p>ขั้นที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ(pre-preliminary to care)</p> <p>ขั้นที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (preliminary)</p> <p>ขั้นที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (sensory circle)</p> <p>ขั้นที่ 4 การสรุปผล (emotional consolidation)</p> <p>ขั้นที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (the appointment)</p> <p>6) สานิตและฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอน</p> <p>7) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>8) กล่าวสรุปและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป</p>
<p>3. การเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์ใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3</p> <p>กิจกรรม “ให้การดูแลด้วยความรัก”</p> <p>ใช้เวลาประมาณ 180 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <p>1) ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ตามแต่ละสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</p> <p>2) บรรยายการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยผสมผสานการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบการสัมผัส การสบตา การพูด และการจัดทำในแนวตั้งตรงในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยการสานิตการดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ - การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายยาง - การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุอ่อนแรงครึ่งซีก - การดูแลการนอนและการจัดท่านอน - การเดิน - การป้องกันแผลกดทับ - การดูแลผิวหนัง

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบชีวแมนนิจูด
	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายแขน ขา - การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ <p>3) ในแต่ละกิจกรรมการดูแลจะมีขั้นตอนการเข้าหาผู้สูงอายุ โดยเริ่มจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคาะประตู หรือส่งสัญญาณให้ทราบว่าเรากำลังจะเข้าไปหาผู้สูงอายุ โดยเข้าหาผู้สูงอายุจากทางด้านหน้าเสมอ อยู่ในระดับเดียวกันหรือต่ำกว่าผู้สูงอายุ สบตา ร่วมกับการสัมผัสบริเวณมือ แขน เป็นต้น - กล่าวทักทาย เช่น “สวัสดีคะพ่อ เข้านี้เป็นยังไงบ้างคะ ดุสีหน้าสดชื่นแจ่มใส เมื่อคืนนอนหลับได้ดีหรือเปล่าคะ” เป็นต้น - บอกผู้สูงอายุให้ทราบว่า ผู้ดูแลจะเข้ามาทำอะไร โดยใช้เทคนิคการพูด การสบตา การสัมผัสร่วมด้วย เช่น “เดี๋ยวเข้านี้เรามาอาบน้ำกันนะคะพ่อ จะรู้สึกสดชื่น” - ผู้ดูแลให้การดูแลตามกิจกรรมที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างให้การดูแลควรใช้เทคนิคการสบตา การพูด และการสัมผัสผสมผสานไปกับการดูแลทุกครั้ง รวมถึงกระตุ้นการจัดทำในแนวตั้งตรงร่วมด้วย - เมื่อเสร็จจากการดูแลควรชวนผู้สูงอายุพูดคุย ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการสบตา การพูด การสัมผัส ก่อนจะแยกจากกันเพื่อเก็บอุปกรณ์ หรือต้องไปเตรียมการดูแลอื่นๆ - ควรบอกผู้สูงอายุให้ทราบว่าผู้ดูแลจะเข้ามาให้การดูแลต่อในเรื่องอะไร ช่วงเวลาไหนต่อไป <p>4) เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น</p> <p>5) มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ให้ผู้ดูแลศึกษาและใช้เป็นแนวทางการดูแลได้</p> <p>6) กล่าวสรุปและนัดหมายครั้งต่อไป</p>

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด
<p>4. การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 4 วันที่ 4</p> <p>กิจกรรม “ดูแลคนที่เรารักแบบหิวแมนนิจูด”</p> <p>ใช้เวลาประมาณ 180 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยเริ่มจากการทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนนำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ โดยการสอบถามพูดคุยระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลก่อนลงมือปฏิบัติจริง 2) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด 4) ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ดูแลได้ทราบ(feedback) ให้กำลังใจ ชื่นชมและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นการฝึกทักษะให้ชำนาญ 5) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม 6) ผู้วิจัยเน้นย้ำการศึกษาคู่มือในการปฏิบัติการดูแล 7) กล่าวสรุปและนัดหมายครั้งต่อไป
<p>5. การทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนกลับบ้าน</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 5 วันที่ 5</p> <p>กิจกรรม “ทบทวนก่อนกลับบ้าน”</p> <p>กิจกรรมทบทวนการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลจากการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ และจากการซักถามผู้ดูแลแล้วให้ผู้ดูแลบอกวิธีและขั้นตอนในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาของแต่ละบุคคล 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลศึกษาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อเกิดข้อสงสัย 3) ผู้วิจัยแจกสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบหิวแมนนิจูด
	<p>สมองแบบหิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลในครอบครัว อธิบายวิธีการใช้ และเน้นย้ำการลงบันทึก</p> <p>4) นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปโดยการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล</p>
<p>6. การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อติดตามการดูแล</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 1 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน”</p> <p>กิจกรรมคือผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินวิธีการปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดของผู้ดูแลในครอบครัว มีการทบทวนกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดหิวแมนนิจูดจากผู้ดูแลในครอบครัว 2) ผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจากการให้การดูแลและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 3) ผู้วิจัยให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุ และเป็นการฝึกทักษะการดูแลให้ชำนาญ 4) นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
<p>7. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเพื่อติดตามการดูแล</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “ตามเยี่ยมที่ OPD”</p> <p>กิจกรรมติดตามผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่มาตรวจตามนัด ณ ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจอายุรกรรมระหว่างรอเข้าพบแพทย์ พุดคุยถามเรื่องการดูแลภาวะสุขภาพปัญหาจากการดูแล หรือข้อสงสัย 2) ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) นัดหมายการติดตามสัปดาห์ถัดไปเป็นการโทรศัพท์ติดตาม

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	กิจกรรมการดูแลแบบชีวแมนนิจูด
8. การติดตามทางโทรศัพท์	<p>กิจกรรมครั้งที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล</p> <p>กิจกรรม “โทรศัพท์สอบถาม”</p> <p>กิจกรรมโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นและติดตามการดูแลใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาจากการดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจากการดูแล พุดคุยสอบถามอาการของผู้สูงอายุ 2) ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) นัดหมายครั้งต่อไป

3. **ขั้นประเมินผลการทดลอง** ภายหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลงนาน 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (post - test) และปิดทำการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เสนอในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอใช้อุปกรณ์สถานที่ในการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายครอบครัว โดยพุดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การ

วิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

5. ประเมินภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซีมเศร่าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

6. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 22 คู่ จึงเริ่มการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการฝึกทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้วิจัยจนครบ 22 คู่ ดังรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย

7. ประเมินภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ (post - test) โดยใช้แบบประเมินภาวะซีมเศร่าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยตามแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ไว้ในภาพที่ 9 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวด้วยวิธีการทดสอบสถิติ Paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยวิธีการทดสอบสถิติ Independent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้ายังเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเข่าปัญญา เพิ่มอัตราการตายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การขาดความรัก ความเอาใจใส่ กำลั้งใจจากผู้ดูแลและครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของซอผกา สุทธิพงษ์และศิริอร สินธุ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง จำนวน 168 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง เมื่อวิเคราะห์การสนับสนุนรายด้านพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยได้รับกำลังใจและเอาใจใส่ดูแลภาวะสุขภาพจากผู้ดูแลอยู่ ในระดับต่ำร้อยละ 41.7 และการศึกษาของ Li, Wang & Lin (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จำนวน 106 ราย พบว่าการสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัวในด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ วิชชุตตา พุ่มจันทร์ (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำ ให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว บุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน คือ ผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญและส่งผลต่อ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การปรับตัวทางด้านจิตใจและสังคม การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยต้องการการได้รับความรักความเอาใจใส่ และกำลังใจจาก ผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้น การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิซิดที่ยึดหลักการดูแลด้วยความรัก ความ เข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยผ่านองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกันคือ 1) การ สบตา เป็นการสื่อสารที่ถ่ายทอดความรู้สึกผ่านทางสายตา ที่แสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความ ห่วงใย ความรู้สึกดี ๆ แสดงถึงการให้การยอมรับและตระหนักว่าผู้สูงอายุมีตัวตนอยู่จริง แสดงถึงการ เปิดใจรับรู้ถึงความรู้สึกภายในและความต้องการของผู้สูงอายุ แสดงถึงการเริ่มต้นของการมี สัมพันธภาพที่ดี 2) การพูด คือ การสื่อสารด้วยวาจา การมีปฏิสัมพันธ์ทางวาจากับผู้สูงอายุ เพื่อเป็น การแสดงว่าผู้ดูแลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ รับฟังซึ่งกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกัน การพูด กับผู้สูงอายุจะแสดงออกมาในลักษณะการปลอบประโลม ให้กำลังใจ การให้ข้อมูลและการกระตุ้นให้ ได้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวังรู้สึกผ่อนคลายความเศร้าได้ 3) การสัมผัส คือ การ สื่อสารแบบอวัจนภาษา ใช้การสื่อสารผ่านทางร่างกายเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยัง ผู้สูงอายุ การสัมผัสที่นุ่มนวลอ่อนโยนเป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความปรารถนาดี การตระหนักถึงตัวตนของผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นใน ตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ สบายใจ มีกำลังใจ อบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง 4) การจัดทำในแนวตั้งตรง คือ การจัดทำทางให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้แนว กระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด จากท่านอนเป็นท่านั่ง ทำยืน ทำเดินเพื่อกระตุ้นการทำงาน

ของระบบต่างๆ ในร่างกาย เพิ่มการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งสมอง รวมถึงเป็นการกระตุ้นระบบประสาทการรับรู้การสัมผัสในสมองให้รับรู้ภาพลักษณ์และลักษณะร่างกายของตัวเอง การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดผ่านองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกัน ช่วยส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อนำการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด จึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรงใจที่ดี ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะการเจ็บป่วยได้ดี จึงทำให้ลดปัญหาด้านจิตใจได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จึงทำให้ผู้สูงอายุลด ภาวะซึมเศร้าลงได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda และคณะ(2013) ได้ทำการศึกษานำร่องเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมา ประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คน จัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้ระยะเวลา 5 วัน โดยใช้องค์ประกอบ 4 ประการ คือ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำในแนวตั้งตรง สำหรับการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภายหลังการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจ มีความสุขในการดูแลและการทำงาน ลดความอ่อนล้าภายหลัง จากเลิกงานได้ การใช้การสื่อสารแบบไม่ใช้ภาษา เช่น การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การ ทำงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลาย ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการ สับสนได้ และช่วยให้ไม่ต้องใช้ยาสำหรับรักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นด้วย

การศึกษาของ Delmas (2013) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์โดยใช้วิธีการดูแลของ Gineste-Marescotti เป็นการศึกษาไปข้างหน้าในสถานดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลของ Gineste-Marescotti ให้กับเจ้าหน้าที่ การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามประเมินการดูแลของ Gineste-Marescotti ก่อนและหลังการอบรมการดูแลให้กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เพศหญิงจำนวน 111 คน พบว่าการอาบน้ำให้ผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นลดพฤติกรรมที่ก้าวร้าวขณะอาบน้ำได้ร้อยละ 83 และ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยดีขึ้น

การศึกษาของ Ito & Honda (2015) ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา ด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ โดยวิธีการตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ใช้การสื่อสารผ่าน 4 องค์ประกอบ ตามขั้นตอนการดูแลทั้ง 5 ขั้นตอน ในผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ใน สถานพยาบาลระยะยาว จำนวน 2 คน ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจโดยใช้ เครื่องมือ Behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale (BEHAVE - AD) ก่อน และหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงมีคะแนน ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเหล่านี้สนับสนุนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่มีประสิทธิภาพส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างแนวทางการดูแลเพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น อ่อนโยนและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้กระบวนการทางการแพทย์ และมีการวางแผนจำหน่าย พยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ และมีการส่งต่อให้กับพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลและนัดมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แต่เนื่องจากทางหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยทุกราย การให้การพยาบาลตามปกติจึงไม่ได้เฉพาะเจาะจงปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์สำหรับผู้ป่วย และยังพบว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่หนักและต้องอาศัยแรงกายแรงใจจากผู้ดูแลที่ต้องเรียนรู้วิธีการดูแลการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมุ่งไปที่กิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนจากปัญหาทางกาย จนบางครั้งอาจไม่ได้คำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจ กอปรกับการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องดูแลต่อเนื่องไม่มีวันหยุด จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาดังงานวิจัยของ Chumbler และคณะ (2004) พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะหงุดหงิด สับสน ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบใช้อารมณ์ในการดูแล จึงยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าเมื่อนำค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

สรุปได้ว่า การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดหลักการให้ความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใน

ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความอบอุ่นอ่อนโยน ผ่านองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำในแนวตั้งตรง นำมาผสมผสานกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน เป็นต้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีพลังใจเข้มแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยทางกายทางใจที่เกิดขึ้นให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติมากที่สุด และสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำแนวทางการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดไปใช้ในสอนผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากเป็นแนวทางการดูแลที่สามารถทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้โดยครอบคลุมการดูแลแบบครบองค์รวม โดยพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ต้องศึกษารายละเอียดของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด หลักการการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดให้เข้าใจและสามารถฝึกปฏิบัติเองได้คล่อง ก่อนจะนำไปใช้จริง

1.2 การจัดกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในสถานพยาบาลระยะยาวและในชุมชน

1.3 การจัดกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรค เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2. ด้านการบริหารทางการแพทย์

ผู้บริหารทางการแพทย์สนับสนุนให้มีการนำแนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อันส่งผลถึง ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้บริหารทางการแพทย์ จะต้องศึกษารายละเอียดของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเพื่อเป็นแนวทางในการ วางแผนเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการ การจัดสรรอัตรากำลัง และกำหนด ระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการ ตามแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลของการให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลใน ครอบครัว โดยติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะตามความเหมาะสม เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง
2. การศึกษาผลของการให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการปรับเปลี่ยนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมาเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพขณะพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำการศึกษาได้ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมล สุทิน และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, บรรณาธิการ. (2553). *ด้วยรักและกตัญญู ผู้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(1), 90-97.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์, บรรณาธิการ. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น. พี. เพรส.
- กัญจนนิชา เยียดไธสง, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และ สุพัตรา บัวที. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(5), 491-497.
- จรรยา สันตกร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). *ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนระรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ. (2540). *ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภักข์ออฟเซ็ท.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย. (2544). *ภาวะสุขภาพดานร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้าน*

- ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร ลินธู. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช เพ็ชรรุ่ง, ปนัดดา ปรียทถม และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 7(1), 66-79.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์, ณัฐ พสุธารชาติ และชัยภัทร ชูณหรัศม์, บรรณาธิการ. (2554). *Basic and clinical neuroscience 3*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา อินทร์ภัก. (2551). ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประภาวดี โทนสุข. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลในครอบครัวต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. (2558). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- ปิยะภัทร ตันติแพทย์ทางกูร, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และ อรฉัตร โตษยานนท์. (2540). การศึกษา

- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *เวช-
ศาสตร์พื้นฟูสาร*, 7(2), 64-71.
- พนมกร หิรัญญัตติ. (2555). *ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยบูรพา
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แพรศิริ อยู่สุข. (2557). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซีมเศร้าของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). *การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
และการดูแล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ภรภัทร อิมโอรุ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มณฑล ว่องวันดี. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ
ระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาริบัติพยาบาล
สาร*. (มกราคม-เมษายน): 84-93.
- วรรณุช ทองไทย, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และ กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2557). *แนวปฏิบัติการ
พยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ
ซีมเศร้า*. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 18(35), 13-28.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, บรรณธิการ. (2545). *การจัดการทางการพยาบาล:
กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.
- วิชชุดา พุ่มจันทร์, ชนกพร จิตปัญญา และศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะ
ซีมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*,
6(2), 33-43.

- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. *วารสารพยาบาล*. 44(เม.ย.-มิ.ย.2538), 88-92.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีณา ลิ้มสกุล. (2545). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. (2557). *การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 5. หน้า 241-270. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- ศิริมา มณีโรจน์. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก กุลสถิตพร. (2549). *กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ออฟเซ็ทเพรส จำกัด.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และ พัทธรินทร์ อ้วนไตร. (2555). *คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2551). Stroke comprehensive care: poststroke depression. ใน ชุขณา สวนกระต่าย และ กมล แก้วกิติณรงค์ (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2551*. หน้า 29-38. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดธิดา รัตนสมหาร. (2542). *การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุธีรา ตั้งตระกูล. (2537). *การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อความหวาดกลัวในผู้ป่วยสโตรค*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภัทร เองอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป: หลักการวินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://bps2.moph.go.th/sites/default/files/srupsthitithiisamkhaypii2556.pdf>[15 ตุลาคม 2558]
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2557*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://bps2.moph.go.th/sites/default/files/srupsthitithiisamkhaypii2557.pdf>[31 ตุลาคม 2558]
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.
- อรรณณ ลีทองอินทร์. (2535). *ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราในกรุงเทพฯ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อูมา จันทวิเศษ, เอมอร แซ่จิว, รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์ และ ภัทราวดี เอื้อพิชญาณนท์. (2535). ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *รายงานวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Stroke Association. (2016). Statistical Fact Sheet 2016 Update[online]. Available From: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_483970.pdf[2016, Apr 2]
- American Stroke Association. (2016a). About Stroke[online]. Available From: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_483970.pdf

www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/About
Stroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp[2016, Apr 2]

- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A.G., Heuschmann, P.U., & Wolfe, C.D.A. (2011). Natural History, Predictors, and Associations of Depression 5 Years After Stroke: the south London stroke register. *Stroke*, 42, 1907-1911.
- Baldwin, C.L. (1986). The Therapeutic Use of Touch with the Elderly. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 4(4), 45-50.
- Barlinn, K., Kepplinger, J., Puetz, V., Llligens, B.M., Bodechtel, U., & Siepmann, T. (2015). Exploring the risk-factor association between depression and incident stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1-14.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical experimental and Theoretical aspect*. New York:International Universities Press, INC.
- Berg, A., Palomäki, H., Lehtihalmes, M., Lönnqvist, J., & Kaste, M. (2001). Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 12(1), 14-20.
- Burns, N., & Glove, K. S. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th ed. United States of American: Elsevier Inc.
- Chemerinski, E. & Robibson, R.G., (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. Jan – Feb, 40(1), 5-14.
- Chumblor, N.R., Rittman, M., Van, P.M., Vogel, M.B., & Qin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal Geriatric Psychiatry*, Oct, 19(10), 944-953.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, 2(1), 1-10.
- Delmas, C. (2013). *Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste-Marescotti care methodology?* [online]. Available from: [http:// www.igm-usa.com/methodology/](http://www.igm-usa.com/methodology/)[2015, Sep 14]
- Faligant, M. (2014). *Philosophy of Humanitude & Institute Gineste-Marescotti*

- Methodology of Care*[online]. Available from: <http://www.igm-usa.com/philosophy/>[2015, Sep 14]
- Ferro, J. M., Caeiro, L., & Figueira, M. L. (2016). Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology*[online], April, 1-10.
- Gao, S., Jin, Y., Unverzagt, F.W., Liang, C., Hall, K.S., Ma, F., et.al. (2009). Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1358-1366.
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2008). The sensory capture and feedback in the management of behavioural disturbances in demented old patients during basic care[Online]. Available from: <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/sensorycapture.html>[2015, Oct 1]
- Hackett, M.L., and Anderson, C.S. (2005). Predictors of Depression after Stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke*, 36, 2296-2301.
- Hackett, M.L., Köhler, S., T O'Brien, J., & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology*, 13(5), 525-534.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330-1340.
- Hama, S., Yamashita, H., Yamawaki, S., & Kurisu, K. (2011). Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics*, 11(1), 68-76.
- Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R & Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humintude to acute care hospital in Japan. *European Geriatric Medicine*, 4(2013), S142-S216.
- IGM USA. (2015). *Philosophy Humintude*[online]. Available from: <http://www.igm-usa.com/philosophy/>[2015, Sep 10]
- Ito, M., & Honda, M. (2015). Improvement of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) by Comprehensive Standardized Care Methodology. *Austin Journal of Clinacal Neurology*, 2(9), 1073.
- Janneke, M., Hafsteinsdóttir, T. B., Lindeman, E., Ettema, R. G., Grobbee, D. E., &

- Schuurmans, M. J. (2013). In-hospital risk prediction for post-stroke depression development and validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale. *Stroke*, *44*(9), 2441-2445.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*, *23*, 97-101.
- Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, P., Srikiatkachorn, A., & Ebrahim, S. (1996). Chula Mental Test: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*, 715-720.
- Knapp, P. (2010). Chapter 9 Mood and behavioural changes. In Williams, Jane, Perry, Linda, Watkins, and Caroline (eds.), *Acute Stroke Nursing*, pp. 205-221. USA: Hoboken NJ.
- Koh, K.B., (2013). Chapter 16 Poststroke Depression: Mechanisms and Management. In Koh, K.B. (ed.), *Somatization and Psychosomatic Symptoms*, pp. 207-223. Media New York: Springer Science+Business.
- Li, S.C., Wang, K.Y., & Lin, J. C. (2003). Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. *Journal of Nursing Research*, *11*(1), 9-18.
- Lökk, J. & Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *6*, 539-549.
- Lubkin, I. & Payne, M. E. (1998). Family caregivers. In I.M. Lubkin & P.D. Larsen (eds.). *Chronic illness: Impact and Interventions*. 4th ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Mann, P.S. (2001). *Introductory Statistics*. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Metoki, N., Sugawara, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... & Yasui-Furukori, N. (2016). Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients. *Annals of General Psychiatry*, *15*(1), 1-6.
- Nidhinandana, S., Sithinamsuwan, P., Chinvarun, Y., Wongmek, W., Supakasem, S., & Suwantamee, J. (2010). Prevalence of Poststroke Depression in Thai Stroke Survivors Studied in Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*, *93*(6), s60-s64.
- Park, G.Y., Im, S., Oh, C.H., Lee, S.J., & Pae, C.U. (2015). The association between the

- severity of poststroke depression and clinical outcomes after first-onset stroke in Korean patients. *General Hospital Psychiatry*, 37, 245-250.
- Phaneuf, M. (2007). *The concept of humanitude as applied to general nursing care*[online]. Available from: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocument_anglais/the_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf [2015, Sep 10]
- Polit, D.F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Provinciali, L., & Coccia, M. (2002). Post – stroke and vascular depression: A critical review. *Neurological Science*, 22, 417-428.
- Robinson, R.G. (2006). *The clinical neuropsychiatry of stroke*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinson, R. G., & Jorge, R. (2016). Post-stroke depression: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221-231.
- Robinson, R.G. & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 341-349.
- Ryck, A.D., Fransen, E., Brouns, R., Geurden, M., Peij, D., Marien, P., De Deyn, P.P., & Engelborghs, S. (2014). Psychosocial problems associated with depression at 18 months poststroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 144-152.
- Starkstein, S. E., Brockman, S., & Hayhow, B. (2013). Chapter 3 : Depression After Stroke. In Ferro, J.M. (ed.), *Neuropsychiatric Symptoms of Cerebrovascular Diseases, Neuropsychiatric Symptoms of Neurological Disease*, pp. 51-64. DOI 10. 1007/978-1-4471-2428-3_3, © Springer-Verlag London.
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1-7.
- Watkins, C. L., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I., Lightbody, C. E., ... & Leathley, M. J. (2007). Motivational interviewing early after acute stroke a randomized, controlled trial. *Stroke*, 38(3), 1004-1009.
- White, C. L., Korner-Bitensky, N., Rodrigue, N., Rosmus, C., Sourial, R., Lambert, S., &

- Wood-Dauphinee, S. (2007). Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family's experience. *Canadian Journal Neuroscience Nursing*, 29(2), 5-12.
- Whyte, E., & Mulsant, B.. (2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological psychiatry*, 52(3), 253-264.
- Whyte, E., Mulsant, B., Vanderbuit, J., Dodge, H., & Ganguli, M. (2004). Depression after stroke: A prospective epidemiological study. *The Journal of the American Society for Geriatric Dentistry*, 52, 774- 778.
- World Health Organization. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*[online]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ [2015, Oct 15]
- World Health Organization. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)*[online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/#>[2015, Oct 15]
- World Health Organization. (2016). Stroke, Cerebrovascular accident[online]. Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/[2016, Apr 2]
- World Stroke Organization. (2015). World Stroke day 2015: Disorder after stroke[online]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/index.php/learn/disorders-after-stroke>[2015, Nov 25]



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง รามาริบัติ
2. นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล	หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
3. อาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย	อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ม.นวมินทรราชินี
4. ดร.อภิวรรณ ญัฐมนรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
5. อาจารย์ชาฤทธิ วรวิชัยพงศ์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ รังสิต

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0407



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ สมทรง จุไรทัศน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา) ชัยวัฒน์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

ที่ ศธ 0512.11/ 0417



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ฤดาการ์ตัน บาลจ่าย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

Ran Ran
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ฤดาการ์ตัน บาลจ่าย
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

ที่ ศธ 0512.11/ 0 47



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.อภิวรรณ ณีธุมนวรรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร.อภิวรรณ ณีธุมนวรรกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๔๑๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

ที่ ศธ 0512.11/ 0418



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮีแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา) ชัยวัฒน์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

ที่ ศธ 0512.11/ 31๓ 2



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรคภายใน 2 สัปดาห์ และมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 80 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า, PowerPoint, คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล, วัสดุทัศนศึกษาการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง โทร. 09-4249-9675

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โดย เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง

สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียด
โครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า
ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

นาวาอากาศเอก



(ทวีพงษ์ ปาจริย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

นาวาอากาศเอก



(ทวีพงษ์ ปาจริย์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
ทำการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทางอายุรกรรม 8/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทมฯ 10220

(ที่บ้าน) 119/82 หมู่บ้านสราญสิริพหลโยธิน-สายไหม ถนนสายไหม แขวงสายไหม เขตสายไหม กทมฯ 10220

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-534-7811-2 มือถือ: 094-249-9675

E-mail Address: gib44_rtaf@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่เปรียบเทียบกับงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ใน

ระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก อยู่ในระยะเวลาของการเกิดโรครภายใน 2 สัปดาห์และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2) มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

3) ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้

4) ไม่มีประวัติสมองเสื่อม หรือไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้(cognitive function) ประเมินโดยแบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา(Chula Mental test: CMT) จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน

5) มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน)ถึงระดับปานกลาง(19-24 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Depression Scale: TGDS)(กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย, 2537)

6) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ถึงระดับมาก (5-8 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

7) ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า(antidepressant)

8) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังนี้

1) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือต่างบ้าน มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติหรือบุคคลที่มีนัยสำคัญอื่นๆ

2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน

3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์พิจารณากลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

1) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือต้องเข้ารับการรักษาด่วนอาการแทรกซ้อนในโรงพยาบาล

2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

4.3 การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 22 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม รวมผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 คู่

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย คือ เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง ทำการศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 44 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 22 คน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ผู้ดูแลในครอบครัวต้องผ่านการอบรมจากผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินผลหลังจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 15-180 นาที ระยะเวลารวม 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วยสื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนนำเสนอภาพนิ่ง และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล 3) เครื่องมือกำกับทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบ 2 ครั้ง เป็นรายครอบครัวที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้สูงอายุใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ประกอบด้วย การประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามปกติ และผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

6. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรอง ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

7. การใช้เวชระเบียน ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและจากผู้สูงอายุเอง
8. การดำเนินการวิจัยจะมีการถ่ายภาพการร่วมกิจกรรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแลในครอบครัว จะมีการพรางใบหน้าของอาสาสมัครในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่
9. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุจากผู้ดูแลในครอบครัวตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
10. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด
11. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยติดต่อผู้วิจัย คือ เรืออากาศเอกหญิงเสาวนีย์ เปรมทอง ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 094-2499675 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
13. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการวิจัยกองแพทยศาสตร์ศึกษา ชั้น 1 อาคารหอพักแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทมฯ 10220 โทรศัพท์ 02-534-7465 ในวันและเวลาราชการ E-mail : bannamcha@gmail.com

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล.....ซึ่งได้ลงนามทำ

หนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง

ที่อยู่ติดต่อ 119/82 หมู่บ้านสรณาสิริพิพลโยธิน-สายไหม ถนนสายไหม แขวงสายไหม เขตสายไหม กทมฯ 10220

โทรศัพท์ 094-249-9675

E-mail Address: gib44_rtaf@hotmail.com

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ผู้ดูแลในครอบครัวต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 15-180 นาที ระยะเวลารวม 6 สัปดาห์

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ในการถ่ายภาพการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีการพรางใบหน้าของอาสาสมัครในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการวิจัย กองแพทยศาสตร์ศึกษา ชั้น 1 อาคารหอพักแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทมฯ 10220 โทรศัพท์ 02-534-7465 ในวันและเวลาราชการ E-mail : bannamcha@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(เสาวนีย์ เปรมทอง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล.....ซึ่งได้ลงนามทำ

หนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง

ที่อยู่ติดต่อ 119/82 หมู่บ้านสรายุสิทธิ์พลโยธิน-สายไหม ถนนสายไหม แขวงสายไหม เขตสาย
ไหม กทมฯ 10220

โทรศัพท์ 094-249-9675

E-mail Address: gib44_rtaf@hotmail.com

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะ
เกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ
ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดฮิว
แมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล ผู้ดูแลใน
ครอบครัวต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด 9 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1-5
ดำเนินกิจกรรมขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 6-9 ดำเนินกิจกรรมหลังจาก
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการ
ดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 15-180 นาที ระยะเวลารวม 6 สัปดาห์

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม การเข้าร่วมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ในการถ่ายภาพการร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมองตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีการพรางใบหน้าของ
อาสาสมัครในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการวิจัย กองแพทยศาสตร์ศึกษา ชั้น 1 อาคารหอพักแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทมฯ 10220 โทรศัพท์ 02-534-7465 ในวันและเวลาราชการ E-mail : bannamcha@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว หากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อด้วยตนเองไม่ได้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้แทนโดยชอบทำ กระทบการแทนได้

ลงชื่อ.....

(เสาวนีย์ เปรมทอง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แผนการดำเนินการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

- สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) เรื่อง การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว

ชุดที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส
 3. หม้าย 4. หย่า หรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ
 3. ค้าขาย 4. รับจ้าง
 5. เกษตรกร 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. 5,001 – 10,000 บาท
 3. มากกว่า 10,000 บาท
8. โรคประจำตัว(ถ้ามี) 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน
 3. ไขมันในเลือดสูง 4. โรคหัวใจ
 5. อื่นๆ (ระบุ).....
9. การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า 1. ไม่ใช้ 2. ใช้ ระบุ.....
10. ระดับภาวะซึมเศร้า (คะแนน.....)
 1. ปกติ (คะแนน 0-12)
 2. ระดับเล็กน้อย (คะแนน 13-18)
 3. ระดับปานกลาง (คะแนน 19-24)
 4. ระดับรุนแรง (คะแนน 25-30)
11. ระดับการรับรู้ (คะแนน.....)
 1. ปกติ (คะแนน 15-19)
 2. มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (คะแนน <15)

12. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน.....)

- () 1. ฟังพาผู้อื่นทั้งหมด (คะแนน 0-4)
 () 2. ฟังพาผู้อื่นระดับรุนแรง (คะแนน 5-8)
 () 3. ฟังพาผู้อื่นระดับปานกลาง (คะแนน 9-11)
 () 4. ฟังพาผู้อื่นระดับน้อยมาก (คะแนน 12 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

- | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1. เพศ | () 1. ชาย | () 2. หญิง |
| 2. อายุ.....ปี | | |
| 3. สถานภาพสมรส | () 1. โสด | () 2. สมรส |
| | () 3. หม้าย | () 4. หย่า หรือแยกกันอยู่ |
| 4. ศาสนา | () 1. พุทธ | () 2. คริสต์ |
| | () 3. อิสลาม | () 4. อื่นๆ ระบุ..... |
| 5. ระดับการศึกษา | () 1. ไม่ได้รับการศึกษา | () 2. ประถมศึกษา |
| | () 3. มัธยมศึกษา | () 4. ปริญญาตรี |
| | () 5. สูงกว่าปริญญาตรี | () 6. อื่นๆ ระบุ..... |
| 6. อาชีพ | () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | () 2. ข้าราชการ |
| | () 3. ค้าขาย | () 4. รับจ้าง |
| | () 5. เกษตรกร | () 6. อื่นๆ ระบุ..... |
| 7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน | () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท | () 2. 5,001-10,000 บาท |
| | () 3. มากกว่า 10,000 บาท | |
| 8. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ | () 1. คู่สมรส | () 2. บุตร หลาน |
| | () 3. พี่ น้อง เครือญาติ | () 4. อื่นๆ (ระบุ)..... |
| 9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง | () 1. มี | () 2. ไม่มี |
| 10. การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | () 1. ไม่เคย | () 2. เคย จาก..... |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

คำชี้แจง อ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1

สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

“ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

“ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า			
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี			
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ			
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ			
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน			
รวมคะแนน			

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แผนการดำเนินการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) เรื่องการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนการดำเนินการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า



แผนการดำเนินการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

จัดทำโดย

เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ตัวอย่างแผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการสอนการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สอน ร.อ.หญิง เสาวนีย์ เปรมทอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาที่สอนและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาครั้งละประมาณ 15 - 180 นาที

วิธีการ บรรยาย อภิปราย แลกเปลี่ยนและสาธิต ฝึกปฏิบัติและทบทวนการปฏิบัติ

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยยึดหลักการดูแลด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลสนใจการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูด	<p>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและการเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหา</p> <p>การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและเป็นงานหนัก ผู้ดูแลต้องจัดการกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้เองเช่นเดิม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าบุคคลที่มีความสำคัญคือ ผู้ดูแล ทั้งนี้ในลักษณะของสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80 การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญและส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การปรับตัวทางด้านจิตใจ</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1</p> <p>กิจกรรม “เรียนรู้เข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง”</p> <p>ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที มีขั้นตอนดังนี้</p> <p>1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองแก่ผู้ดูแลในครอบครัวและการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2) บรรยายเชื่อมโยงเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาการ</p>	<p>- สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย</p>	<p>- ผู้ดูแลมีความตั้งใจและสนใจการบรรยาย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>และสังคม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่หนักและต้องอาศัยแรงกายแรงใจจากผู้ดูแลที่ต้องเรียนรู้วิธีการดูแลการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมุ่งไปที่กิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนจากปัญหาทางกาย จนบางครั้งอาจไม่ได้คำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจ กอรปกับการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องดูแลต่อเนื่องไม่มีวันหยุด จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา บางครั้งการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะหงุดหงิด สับสน ซึ่งส่งผลกระทบให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบใช้อารมณ์ในการดูแล ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลที่บ่งบอกถึงการดูแลที่ขาดความเข้าใจและความเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยมักจะเป็นผู้ที่มีจิตใจอ่อนไหว มีความเปราะบางทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถรับรู้ความรู้สึกเหล่านี้ได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา</p> <p>ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค</p>	<p>เตรียมความพร้อม ความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) บรรยายเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาการดูแลด้วยความรัก เพื่อเป็นการปรับทัศนคติของผู้ดูแล พร้อมยกตัวอย่างประกอบ เช่น ความรักของมนุษย์ ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่งคลอดออกมาเป็นทารกเป็นต้น 4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการบรรยายการซักถาม</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>หลอดเลือดสมอง เพื่อจะนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละบุคคลด้วย</p>	<p>การแสดง ความคิดเห็น เป็นระยะๆ 5) กล่าวสรุป และนัดหมาย การพบกัน ครั้งต่อไป</p>		
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ขั้นตอนการเข้าสู่เนื้อหา โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมง</p> <p>ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เป็นผลจากมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน(Cerebral Thrombosis) หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน(Cerebral Embolism) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด</p>	<p>- บรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ซักถามผู้ดูแลถึงโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>-สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย</p>	<p>-ผู้ดูแลสามารถอธิบายหรือตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลมีความตั้งใจและให้ความสนใจฟังบรรยาย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง(Hemorrhagic Stroke) เกิดจากมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือทำให้เลือดออกใต้เยื่ออะแรคนอยด์(Subarachnoid Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด</p> <p>อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท</p> <p>1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน ซาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนหรือมีความรู้สึกสับสน ผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียว เช่น ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้ายและอาการอัมพาตมักจะเป็นนานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตลอดชีวิต</p> <p>2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอัมพาต เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>โดยไม่มีสิ่งบอกระดับหน้า อาจบ่นปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะซีกเดียว มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง อาจชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรงผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติ ตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1-2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรอดชีพขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดทันทีอาจช่วยให้รอดได้</p> <p>ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ</p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ มักพบว่ามีภาวะพิการหลงเหลืออยู่ได้มากหลังพ้นจากภาวะวิกฤติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ดังนั้นจึงมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามมามากมาย แบ่งออกเป็น 4 ด้านรายละเอียดดังต่อไปนี้</p> <p>1. ด้านร่างกาย เมื่อเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง สมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ มีรายละเอียดดังนี้ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของการพูดและภาษา ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรู้คิด ความ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์</p> <p>2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะความเจ็บป่วยนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายแล้วยังมีผลถึงจิตใจและอารมณ์ เพราะความบกพร่องหรือความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด</p> <p>3. ด้านสังคม เป็นผลต่อเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทในครอบครัวและสังคมเนื่องจากความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เคยพึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งของคนอื่นๆ ในครอบครัวก็ต้องเปลี่ยนมาพึ่งพาผู้อื่น หรือหากผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในสังคม แต่หลังจากป่วยอาจไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้อีก ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติและบุคคลในสังคมลดลง มีความรู้สึกถูกแยกจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกว่าเหว</p> <p>4. ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหา</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ทางด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องมีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเองจะมีรายได้ที่จำกัด ครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแล ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว</p>			
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจภาวะซึมเศร้า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression)</p> <p>ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดได้โดยใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนและเป็นปีแล้วหายไป</p> <p>อาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ หหมดหวัง วิตกกังวลง่าย ขาดความกระตือรือร้นและแยกตนเอง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาการนอนไม่หลับ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้</p> <p>ในผู้สูงอายุมักจะพบอาการทางกาย การขาดความสนใจในตนเอง มีความกังวล มองตนเองไร้ค่าจะทวีความรุนแรงขึ้น และอาการมักจะไม่ชัดเจนในผู้สูงอายุ บางครั้งไม่แสดงออกมาตรงๆ การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจึงค่อนข้างยาก</p> <p>ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นฟู</p>	<p>- บรรยายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>- สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถอธิบายหรือตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลมีความตั้งใจและให้ความสนใจฟังบรรยาย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>สมรรถภาพร่างกาย ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการทางกาย ความบกพร่องทางเซาว์ปัญญา เพิ่มอัตราการตาย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง</p>			
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเหตุของการนำวิธีดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ขั้นตอนบทนำเข้าสู่เนื้อหาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p> <p>ความรัก ความใส่ใจ ความห่วงใย เป็นคำที่คุ้นหูกันมาโดยตลอด เป็นช่วงของอารมณ์ความรู้สึกที่เริ่มขึ้นตั้งแต่แรกเกิด ไม่เพียงมนุษย์เท่านั้นที่แสดงความรัก ลูกแมว ลูกสุนัขที่เกิดมายังได้รับความรักจากแม่ โดยการเลีย ลูบ แสดงความรัก ความห่วงใยโดยการหาเห็นหมัด แต่มนุษย์แตกต่างจากสัตว์มนุษย์มีการมอบความรักให้ทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งคลอด สิ่งแรกที่แม่แสดงความรัก คือ การได้มองเห็นหน้าลูกของตนเองทันทีที่ลูกลืมตาดูโลก แม่ต้องการพูดคุย กอด และสัมผัส เจ้าตัวเล็กๆ ที่นอนอยู่ตรงนั้น แม่พร้อมที่สอนลูกให้นั่ง คลาน ยืน และเดินตามวัยอย่างเหมาะสม ดังนั้นการมอบความรัก รอยยิ้มและการดูแลที่ดีให้กับลูกน้อยทำให้เกิดพลังและแรงขับเคลื่อนในการทำกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ว่าเราจะไม่เคยได้ทำ ในสิ่งนั้นเลยหรือแม้ว่ามันจะยากเพียงไหน แต่นั่นอ่อนน้อม ความรักจะสื่อสารด้วยตัวของมันเองแล้วจะส่งไปยังบุคคลที่เราพร้อมจะมอบให้</p> <p>แต่อย่างไรก็ตามในวันหนึ่งๆ</p>	<p>- บรรยายเกี่ยวกับความรักที่มารดา มอบให้บุตร ตั้งแต่แรกเกิด</p> <p>- บรรยายเกี่ยวกับการทำงานของสมองที่สูญเสียไป</p> <p>- เปิดภาพที่เกี่ยวกับความรักความห่วงใยพร้อมกับการบรรยาย</p>	<p>- สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย</p> <p>- ภาพเกี่ยวกับการแสดงความรักในมนุษย์และสัตว์</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถอธิบายหรือตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ดูแลมีความตั้งใจและให้ความสนใจฟังบรรยาย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>มนุษย์ทุกคนย่อมมีมากมายหลาย อารมณ์ภายในวันเดียว รัก ห่วงใย โกรธ หงุดหงิด โมโห ขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อมหรือบุคคล รอบข้างที่มี อิทธิพลต่อจิตใจ ไม่ว่าจะผู้ดูแลหรือ ผู้สูงอายุก็เช่นกันย่อมต้องการความรัก ความห่วงใยและเอาใจใส่ดูแล โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย</p> <p>ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มี การทำงานของสมองเสียไป แต่มนุษย์ ยังคงมีสมองส่วนในสุดที่ทำหน้าที่รับ ความรู้สึกและอารมณ์ ที่เรียกว่า Amygdala การทำงานของสมองส่วน นี้นั้นก็ยังคงทำหน้าที่อยู่ สามารถรับ ความรู้สึกได้ว่า ชอบหรือไม่ชอบ</p> <p>ดังนั้น เรามารู้จักวิธีการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้าให้มีความสุขไปด้วยกัน ทั้งตัว ผู้ดูแลเองและผู้สูงอายุ นั่นคือ การดูแล แบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude).....</p>			

ส่วนที่ 2 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) เรื่อง การดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลตามแนวคิดชีวแมนนิจุดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



ร.อ.หญิง เสาวนีย์ เปรมทอง



เทคนิคการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดชีวแมนนิจุด



ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยความรักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว



ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่

- แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ 0 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ 2 คะแนน

เกณฑ์ประเมินผลการกำกับการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0 – 23	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
24 – 32	ร้อยละ 60 – 80	ระดับปานกลาง
33 – 40	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับมาก

การแปลผล ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 จากคะแนนเต็ม 40 คิดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

ตัวอย่าง สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลใน
ครอบครัว

สมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว



บันทึกโดย

ชื่อ-สกุลของผู้ดูแล.....

ชื่อ-สกุลของผู้สูงอายุ.....

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง ผู้ดูแลในครอบครัว โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่าน

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติดูแล		
		ปฏิบัติทุก ครั้ง(2)	ปฏิบัติ บางครั้ง(1)	ไม่ปฏิบัติ เลย(0)
1	การสบตา สบตาผู้สูงอายุในระยะใกล้ ด้วยสายตาที่ อ่อนโยน ตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล			
2	เข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าและอยู่ ตำแหน่งต่ำกว่าผู้สูงอายุ			
3	สบตาผู้สูงอายรร่วมกับการสัมผัส หรือ พูดคุยในขณะที่ให้การดูแล			
4	ไม่สบสายตาสผู้สูงอายุขณะให้การดูแล			
			
			
			
			
			
			
			
			
17	เปลี่ยนท่าทางให้ผู้สูงอายุทุก 2 ชั่วโมง			
18	กระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือทำ กายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุทุกวัน			
19	กระตุ้นหรือพาผู้สูงอายุลงจากเตียง หรือ เปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่ง ทำนั่งเป็น ยืนหรือเดิน เป็นต้น			
20	หลีกเลี่ยงทำกายภาพบำบัดข้างที่อ่อนแรง			

ตัวอย่างเครื่องมือชุดที่ 4

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ตั้งตัวอย่างด้านบน)
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับภาระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความเป็นจริง

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - 0 () ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 () ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 () ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 () ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2 () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
 - 3 () ทำได้เอง
4. ใช้ห้องสุขา
 - 0 () ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - 0 () เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

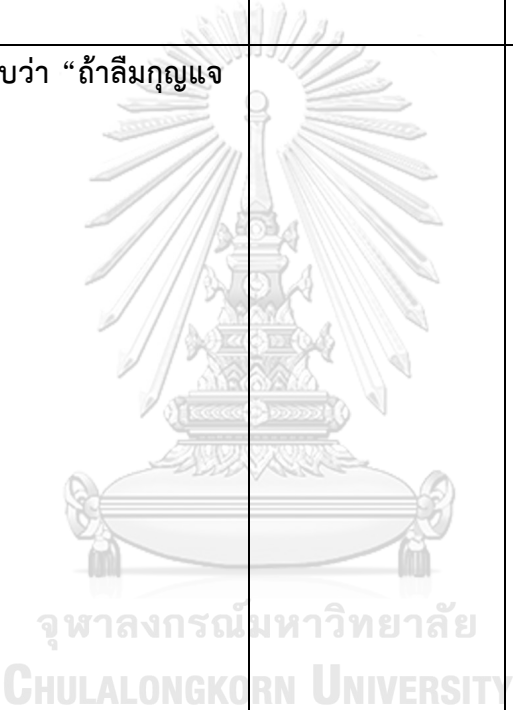
- 2 () เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ
ดูแล
- เพื่อความปลอดภัย
- 3 () เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
- 0 () ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1 () ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 0 () ไม่สามารถทำได้
- 1 () ต้องการคนช่วย
- 2 () ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ
- 0 () ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- 1 () อาบน้ำเองได้
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 () กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 () กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 () กลั้นได้เป็นปกติ
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 () กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 () กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 () กลั้นได้เป็นปกติ

สรุปคะแนนรวม.....คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร		1 / 0
2. ขณะนี้กี่โมง		1 / 0 (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)
3. พูดคำว่า “ร่ม กะทะ ประตู” ให้ฟัง ซ้ำๆ ซັดๆ 2 ครั้งแล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบ ทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที	“ร่ม” “กะทะ” “ประตู”	1 / 0 1 / 0 1 / 0 (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)
4. เดือนนี้เดือนอะไร		1 / 0 (อาจตอบเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)
5. คนนั้นเป็นใคร	1..... 2.....	1 / 0 1 / 0 (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลใกล้เคียง)
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม		1 / 0 20 ลิตร/ 15 กก.
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามสิ่งที่จะบอกต่อไป “ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก”		1 / 0
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”		1 / 0 ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง - หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก - หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบ

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
		สถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก - หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีเมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา”		1 / 0
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้าสิมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร”		1 / 0 (ให้ 1 คะแนนถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสมโดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) <u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u> -ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ -ตามช่างทำกุญแจ(ถ้าอยู่ไม่ไกลมาก) -ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน -หาทางเข้าบ้าน(ถ้าสามารถทำได้)หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง งดช่องลม <u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u>

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
		-ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา -ฟังประตูเข้าไป -ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมากหรือต้องใช้เวลาเดินทางนานมาก
11. บอกผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20		1 / 0 (ให้ 1 คะแนนถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)
12. ซี่ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร และ ซี่ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร /เรียกว่าอะไร	นาฬิกา ปากกา	1 / 0 1 / 0
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง		
20-3 = a	a=17	1 / 0
17-3 = b	b=14	1 / 0
14-3 = c	c=11	1 / 0



ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิด
ชีวแมนนิจุด ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov Smirnov Test
ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวมคะแนน ภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับการ ดูแลตามแนวคิด ชีวแมนนิจุดของ กลุ่มทดลอง	ผลรวมคะแนน ภาวะซึมเศร้า หลังได้รับการ ดูแลตามแนวคิด ชีวแมนนิจุดของ กลุ่มทดลอง
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	14.32	10.23
	Std. Deviation	1.460	1.660
	Most Extreme Differences		
	Absolute	.184	.225
	Positive	.184	.143
	Negative	-.183	-.225
Kolmogorov-Smirnov Z		.863	1.054
Asymp. Sig. (2-tailed)		.446	.217

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวมคะแนน ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่ม ควบคุมก่อน ได้รับการ บริการตามปกติ	ผลรวมคะแนน ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่ม ควบคุมหลัง ได้รับการ บริการตามปกติ
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	14.14	14.64
	Std. Deviation	1.642	2.555
Most Extreme Differences	Absolute	.260	.129
	Positive	.260	.104
	Negative	-.244	-.129
Kolmogorov-Smirnov Z		1.221	.605
Asymp. Sig. (2-tailed)		.101	.858

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ตารางที่ 11 คะแนนภาวะซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	14	11	3	13	11	2
2	16	12	4	15	16	-1
3	14	9	5	16	14	2
4	19	11	8	20	19	1
5	14	8	6	13	11	2
6	15	10	5	13	14	-1
7	13	10	3	13	17	-4
8	13	9	4	15	15	0
9	13	12	1	14	14	0
10	14	12	2	13	15	-2
11	13	11	2	14	14	0
12	13	10	3	13	17	-4
13	15	11	4	13	15	-2
14	16	10	6	14	16	-2
15	13	10	3	14	13	1
15	13	11	2	15	10	5
17	15	8	7	13	19	-6
18	15	11	4	16	12	4
19	15	11	4	13	17	-4
20	14	11	3	13	11	2
21	15	12	3	14	17	-3
22	13	5	8	14	15	-1
Mean	14.32	10.23	4.09	14.14	14.64	-0.50
SD	1.46	1.66	1.93	1.64	2.56	2.77

ตารางที่ 12 คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

คนที่	ก่อนให้การดูแล		หลังให้การดูแล	
	คะแนนภาวะ ซึมเศร้า	ระดับภาวะ ซึมเศร้า	คะแนนภาวะ ซึมเศร้า	ระดับภาวะซึมเศร้า
1	14	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
2	16	เล็กน้อย	12	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
3	14	เล็กน้อย	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
4	19	ปานกลาง	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
5	14	เล็กน้อย	8	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
6	15	เล็กน้อย	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7	13	เล็กน้อย	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8	13	เล็กน้อย	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
9	13	เล็กน้อย	12	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10	14	เล็กน้อย	12	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
11	13	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
12	13	เล็กน้อย	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
13	15	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
14	16	เล็กน้อย	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
15	13	เล็กน้อย	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
16	13	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
17	15	เล็กน้อย	8	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
18	15	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
19	15	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
20	14	เล็กน้อย	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21	15	เล็กน้อย	12	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
22	13	เล็กน้อย	5	ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศเอกหญิง เสาวนีย์ เปรมทอง เกิดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2526 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2544 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2552 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2554 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งนายทหารพยาบาล แผนกการพยาบาลวิกฤติอายุรกรรม กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

