การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ ปร.ด.* รัชนี สรรเสริญ Ph.D.**
วรรณรัตน์ ลาวัง พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น และวิเคราะห์โครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้แปลแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นฉบับภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลกลับแบบไม่ทราบต้นฉบับ หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย นำข้อมูล ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิจัยพบว่า

1. แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .92

2. ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .73

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีโครงสร้างองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .90, .86, .78 และ .72 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางในการดูแลของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

คำสำคัญ : แบบวัดภาระในการดูแล ผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง

---

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness

Chanandchidadussadee Toonsiri Ph.D.* Rachanee Sunsern Ph.D.**
Wannarat Lawang M.N.S.***

Abstract

This study aimed to develop the Thai Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. Researchers and experts translated the burden interview for caregivers of patients with chronic illness into Thai version using a blind back translation method. Quality analysis was used for the Thai Burden interviews, including reliability and exploratory factor analysis. A random sampling method was used to recruit 501 caregivers of chronic illness patient in the Chonburi province. Then the Thai burden interviews were tried with the 501 caregivers. Data were analyzed by percentage, Cronbach Alpha Coefficient, Correlation Coefficient and Factor analysis. The results of the study revealed that:

1. The Cronbach Alpha Coefficient of the Thai burden interview for caregivers of patients with chronic illness was .92;

2. The score for each item of the Thai burden interview for caregivers of patients with chronic illness generally correlated with a total score at a moderate to high level with the Correlation coefficient varied from .39 to .73;

3. Factor analysis revealed that 4 factors of structure were appropriate for the Thai version of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. The Cronbach Alpha Coefficient of each factor was .90, .86, .78 and .72, respectively;

From the results of this study it is recommended that nurses and healthcare personnel could use this scale to evaluate the burden of caregivers of chronic illnesses patients to develop caregiver supportive organization in order to provide effectively and efficiently care.

Keywords : The Burden Interview, Caregiver, Chronic illness

---

* Assistant Professor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University

** Associate Professor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Assistant Professor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University

ความสำคัญของปัญหา

กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโลก ส่งผลให้ประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยน อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย เปลี่ยน-แปลงไป ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมีแนวโน้มสูงขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้นจนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2553[1] รายงานว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด (โรคระบบไหลเวียนเลือด) และโรคเบาหวาน และจากรายงานสถิติ สาธารณสุข พ.ศ. 2542-2551[1] พบว่าอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคระบบไหลเวียนเลือด) และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มชะลอตัว แต่สำหรับโรคมะเร็งทุกชนิด พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังรายงานว่ามีอัตราการป่วยของโรคเรื้อรังได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็งในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 1927.0, 675.7 และ 134.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[1] นอกจากนี้โรคเรื้อรังยังเป็นสาเหตุสำคัญ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือดที่มีอัตราการตายในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 56.0 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งเท่ากับ 87.7 ต่อประชากรแสนคน[1]

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากภาวะวิกฤตไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรอดชีวิตมากขึ้นส่งผลให้ประชากรทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันวิทยาการเหล่านั้นก็ยังไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ ทั้งในกลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ บางครั้งภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ในการทำกิจกรรม หรืออาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยและจนถึงขั้นพิการ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็น ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากมาย ซึ่งในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมานั้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2548 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้ว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (total health expenditure) เพิ่มจากร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ.2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ.2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง อย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ.2544 เป็นที่สังเกตว่าภายหลังจากที่ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2545 แล้วร้อยละของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 3.5 จนถึงปี พ.ศ. 2548 สำหรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวนั้นเพิ่มจาก 2,486 บาท ในปี พ.ศ.2538 เป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ.2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่า[2]

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นมูลเหตุของปัญหาต่าง ๆ มากมาย รัฐจึงมีนโยบาย การดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลเพื่อเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยอื่น กล่าวคือให้โรงพยาบาลต่างๆ รับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเท่านั้น ที่เหลือต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาเผชิญกับความเจ็บป่วยฟื้นฟูสภาพตนเอง อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ โรงพยาบาล และผู้ป่วยยังได้อยู่ร่วมใกล้ชิดกับครอบครัว โดยบุคคลที่จะเป็นผู้ให้การดูแล สุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านนั้นตามสภาพสังคมไทยมองว่า ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับสถิติของ National Center of Health ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่บ้านจะตกเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ[3] ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนาน การให้การดูแลที่บ้านเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องปรับตัว และเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาทและความไม่สะดวกเกิดขึ้นในชีวิต เผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง[4] อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ทั้งด้านการดูแลและปัญหาส่วนตัว[5] ทำให้ผู้ดูแลจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดและการแยกตัวเองออก จากสังคม จากการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541)[6] พบว่าความเครียดจากการดูแลเป็นปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ขาดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บ่อยขึ้นหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร คณะผู้วิจัยจึงคิดเห็นว่าควรจะมีการวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อจะได้ทราบภาระที่แท้จริงของ ผู้ดูแล และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบาย และหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแล อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามในประเทศไทย การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ยังมีแบบวัดที่เป็นมาตรฐานตามบริบทสังคมไทยจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถวัดภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ชัดเจน และการใช้แบบวัดซึ่งแปลจากต่างประเทศ มีผลทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละชุมชนของประเทศ ดังนั้นเพื่อให้การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจน แน่นอน ตรงตามบริบทของสังคมไทย อีกทั้งยังนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างตรงประเด็น ได้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่เป็นมาตรฐานในระดับสากล คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986,1990)[7, 8] เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ซึ่งจะทำให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐานสามารถใช้วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ตรงกับกลุ่มผู้ดูแลคนไทย สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของสังคมไทย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่นของแบบวัด (Internal Consistency Reliability)

2. เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

3. เพื่อปรับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่แปลเป็นภาษาไทยให้มีการใช้ภาษาที่ถูกต้องรัดกุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อ Dr. Steven H. Zarit เพื่อขออนุญาตพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นฉบับภาษาไทย และเพื่อนำมาใช้กับงานวิจัยของคนไทย

2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแปลแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) ฉบับภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทย ครั้งที่ 1 ให้ตรงกับแนวคิดในข้อคำถาม หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบ ด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความชำนาญ ด้านภาษาทั้งสองภาษาจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ ที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยในสาขาการพยาบาลชุมชนและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของเนื้อหากับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ของคนไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) โดยไม่ได้ดูเนื้อหาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาอังกฤษ ครั้งที่ 2

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาอังกฤษ ครั้งที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญด้านภาษาทั้งสองภาษาจำนวน 1 ท่าน ทำการแปลเป็นแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 2 และให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านข้างต้นตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) อีกครั้ง เปรียบเทียบดูความ แตกต่าง และทบทวนขัดเกลาภาษาของแบบวัดภาระในการดูแล ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2552 ถึง เมษายน 2553 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 501 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการประเมินภาระผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคของผู้ป่วยที่ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนา

มาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ซึ่งมีผล กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1983,1990) ประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ประจำ	ได้	4	คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้	3	คะแนน
บางครั้ง	ได้	2	คะแนน
นานๆครั้ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้	0	คะแนน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิมนุษยชนในเรื่องของการให้ความยินยอม (Consent) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) และประเด็นทางด้านจริยธรรม ของผู้ให้สัมภาษณ์ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคล การที่บุคคลผู้ที่ต้องการศึกษาให้ความยินยอม ที่จะให้ข้อมูลในเรื่องของความเป็นส่วนตัว จะนำมาซึ่งความร่วมมือในด้านต่างๆ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการวิจัย รวมถึงประโยชน์อันจะเกิดแก่สังคมให้แก่กลุ่มที่จะศึกษาทราบ นอกจากนั้นยังได้ชี้แจงถึงสิทธิของผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะตอบ หรือไม่ตอบคำถามแก่ผู้วิจัยในบางประเด็นหรือมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัย ได้ทันที่หากมีความต้องการ และผู้วิจัยยังได้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลจะให้ ต่อไปนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ที่ตอบคำถามแก่ใคร แต่ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะต้องอ้างชื่อแล้ว จะใช้นามสมมติให้แทน นอกจากนั้นแล้วหากผู้ให้ ข้อมูลมีการกล่าวอ้างถึงบุคคลอื่นและเป็น ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่าไม่อยาก ที่จะตอบเพราะจะทำให้ผู้ที่ถูกกล่าวอ้างเสียชื่อเสียง ผู้วิจัยก็จะพิจารณาเก็บข้อมูลเพียงเท่าที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเปิดเผย สำหรับการให้ความยินยอม (Consent) นี้ ผู้เก็บรวมรวมข้อมูลได้ใช้แบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent) แก่ผู้ถูกวิจัยในการลงนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ Item Analysis ของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยสถิติพรรณนา Mean, Median, Mode, Skewness, Kurtosis และ SD

3. ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)

4. วิเคราะห์โครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) และหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 501 ราย เป็นเพศหญิง 383 คน เพศชาย 118 คน (ร้อยละ 76.4 และ 23.6 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 18 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 48.2 ปี (SD=13.83) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.4 รองลงมาคือ อิสลาม และ คริสต์ คิดเป็นร้อยละ 2.0 และ .6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมาได้แก่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.9 รองลงมาเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 18.2 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 31.3 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 27.7 และมีผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพาต โรคมะเร็ง และโรคกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 25.3

2. ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย

ภาระการดูแล	r
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	.60
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	.67
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	.69
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	.64
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือ โกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	.67
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	.64
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน	.46
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน	.51
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	.69
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	.67
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	.73
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจาการดูแลผู้ป่วย	.66
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	.63

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ภาระการดูแล	r
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	.51
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	.58
16. ท่านรู้สึกว่า ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน	.65
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	.53
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน	.58
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	.60
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น	.54
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้	.39
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน	.59

จากตารางพบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับ ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .73

3. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของครอนบาคเท่ากับ .92

4. วิเคราะห์โครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ Identity Matrix โดยทดสอบว่าข้อมูลเป็น Identity Matrix และเป็นการยืนยันว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นไปตาม ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายแบบ Multivariate Normal Distribution โดยดูจากสถิติ Bartlett's Test of Sphericity ถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเป็น Identity Matrix ซึ่งแสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบ Multivariate Normal Distribution และอีกประการหนึ่งค่า Bartlett's Test of Sphericity ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน[9] และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าค่า Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 5718.51 และ p = .001 นั่นคือ ตัวแปรมีการกระจายแบบ Multivariate Normal Distribution และตัวแปรมีความสัมพันธ์ กัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการพิจารณาถึงความเหมาะสมของขอมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่นำมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Factor Analysis โดยพิจารณาได้จากค่า Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ซึ่งถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กลมกลืนและเป็นตัวแทนจริง ค่า KMO จะเข้าใกล้ 1 จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ค่า KMO = .937 ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Factor Analysis

สำหรับการวิเคราะห์โครงสร้างของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยเทคนิค Factor Analysis ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสกัดองค์ประกอบ โดยใช้วิธี Principal Component Analysis โดยตั้งค่า Eigen value ไว้ที่ 1.0 ขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้องค์ประกอบที่ได้สามารถแทนตัวแปรทั้งหมดได้ ในการสกัดองค์ประกอบของการศึกษาครั้งนี้ จะคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่า Factor Loading มากกว่า 0.4 เข้าไปอยู่ในแต่ละองค์ประกอบ แต่ปรากฏว่ามีหลายตัวแปรที่มีค่า Factor Loading สูงบนองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ ทำให้การรวมกลุ่มของตัวแปรขาดความชัดเจน จึงต้องอาศัยการหมุนปัจจัย (Factor Rotation) เข้ามาช่วย เพื่อให้การรวมกลุ่มของตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax ได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ในแต่ละองค์ประกอบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ในแต่ละองค์ประกอบของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย ที่ได้จากการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax

ภาระการดูแล	องค์ประกอบ			
	1	2	3	4
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	.78			
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	.75			
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	.74			
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	.64			
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	.64			
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	.61			
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	.58			
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	.50			
16. ท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน	.50			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ภาระการดูแล	องค์ประกอบ			
	1	2	3	4
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย		.77		
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย		.77		
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย		.68		
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย		.56		
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน			.78	
14. ท่านรู้สึกว่า ผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้			.72	
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน			.66	
15. ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย			.48	
22. โดยภาพรวม ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน			.45	
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน				.73
19. ท่านรู้สึกว่า ไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย				.68
20. ท่านรู้สึกว่า ท่านควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น				.62
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้				.49
Eigenvalues	4.76	3.35	2.87	2.44
% of Variance	21.65	15.22	13.04	11.10
Cumulative Variance %	21.65	36.87	49.91	61.01

จากตารางพบว่าหลังจากหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธี Varimax จะได้องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับก่อนการหมุนแกน แต่มีการแยกตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบ ได้ชัดเจนมากกว่า โดยมีรายละเอียดของตัวแปรแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 4, 3, 5, 6, 9, 1, 2, 10 และ 16 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .78, .75, .74, .64, .64, .61, .58, .50 และ .50 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .90

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 11 และ 17 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .77, .77, .66 และ .59 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .86

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 8, 14, 7, 15 และ 22 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .78, .72, .65, .48 และ .45 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .78

องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 20, 19, 21 และ 18 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .73, .68, .62 และ .49 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .72

นอกจากนี้พบว่าผลการสกัดองค์ประกอบ โดยการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax พบว่าผลการสกัดหลังจาก Rotation Sum of Squared Loading มีองค์ประกอบที่สามารถแทนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ 4 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบแรกสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้ร้อยละ 21.65 องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 15.22 องค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 13.04 องค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 11.10 เมื่อรวมทั้งหมด 4 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.01 สอดคล้องกับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1983,1990) ที่ได้พัฒนาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล และประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude)

การอภิปรายผล

1. คุณภาพของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .92 แสดงถึงการมีคุณภาพของแบบวัดเนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นสูง ข้อคำถามของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความเที่ยงตรงภายในสูง ให้ผลการวัดคงที่ จึงมีค่าความเชื่อมั่นสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martin-carrasco และคณะ (2010)[10] ที่ทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาสเปน โดยทำการแปลจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Zarit ฉบับ Original ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรค Alzheimer's disease (AD) ประเทศสเปน จำนวน 115 คน ผลการวิจัยพบว่าแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาสเปน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า

ของครอนบาคเท่ากับ .92 เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพสูง มีความเที่ยงตรงภายในสูง ให้ผลการวัดที่คงที่ไม่ว่าจะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดๆ สำหรับความสัมพันธ์ของข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .73 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อคำถาม มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างสูง ถือได้ว่าคะแนนรวมทั้งฉบับของ แบบวัดเป็นคะแนนที่แทนโครงสร้างรวมของคุณลักษณะที่ต้องการวัด[11]

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย โดยใช้วิธี Principal Component Analysis โดยตั้งค่า Eigen value ไว้ที่ 1.0 ขึ้นไป ได้โครงสร้างองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ แต่ในการสกัดองค์ประกอบของการศึกษาครั้งนี้ จะคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่า Factor Loading มากกว่า 0.4 เข้าไปอยู่ในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งปรากฏว่ามีหลายตัวแปรที่มีค่า Factor Loading สูงในองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ ทำให้การรวมกลุ่มของตัวแปรขาดความชัดเจน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการหมุนแกนสกัดองค์ประกอบ(Factor Rotation) แบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธี Varimax เข้ามาช่วย ซึ่งทำให้การรวมกลุ่มของตัวแปร ในแต่ละองค์ประกอบมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งหลังจากหมุนแกนได้โครงสร้างองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ **องค์ประกอบที่ 1** ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 4, 3, 5, 6, 9, 1, 2, 10 และ 16 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .78, .75, .74, .64, .64, .61, .58, .50 และ .50 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .90 **องค์ประกอบที่ 2** ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 11 และ 17 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .77, .77, .66 และ .59 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .86 **องค์ประกอบที่ 3** ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 8, 14, 7, 15 และ 22 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .78, .72, .65, .48 และ .45 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของ ครอนบาคเท่ากับ .78 และ**องค์ประกอบที่ 4** ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามได้แก่ ข้อที่ 20, 19, 21 และ 18 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .73, .68, .62 และ .49 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .72 สอดคล้องกับการศึกษาของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit (1986,1990)[7,8] เกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้ง ในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Martin-carrasco และคณะ (2010)[10] ที่ทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาสเปน โดยทำการแปลจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Zarit ฉบับ Original ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรค Alzheimer's disease (AD) ประเทศสเปน จำนวน 115 คน ที่ผลการสกัดองค์ประกอบ โดยการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax พบว่า มีองค์ประกอบที่สามารถแทนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้ 3 องค์ประกอบ ทั้งอาจจะเนื่องมาจากบริบทของผู้ดูแลในประเทศสเปน มีความแตกต่างจากผู้ดูแลในประเทศไทย

นอกจากนี้พบว่าผลการสกัดองค์ประกอบโดยการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) วิธี Varimax พบว่าผลการสกัดหลังจาก Rotation Sum of Squared Loading มีองค์ประกอบที่สามารถแทนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ 4 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบแรกสามารถ อธิบายความแปรปรวนของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้ร้อยละ 21.65 องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 15.22 องค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 13.04 องค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 11.10 เมื่อรวมทั้งหมด 4 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.01 แต่จากการวิจัยของ Martin-carrasco และคณะ (2010)[10] เกี่ยวกับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาสเปน ซึ่งทำการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรค Alzheimer's disease (AD) ในประเทศสเปน จำนวน 115 คน พบว่าภาพรวมทั้งหมดขององค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 54.75 จะเห็นได้ว่าในบริบทสังคมประเทศไทยนั้น แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้มากกว่า ในประเทศสเปน

โดยสรุปแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงภายใน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างตรงประเด็น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะมีการศึกษาความสอดคล้องของโครงสร้าง แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับนี้ กับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับมาตรฐาน ที่ใช้ในกลุ่มผู้ดูแล ในบริบทสังคมไทย

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าองค์ประกอบทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.01 นั้น จึงควรจะมีการพัฒนาแบบวัดฉบับนี้ให้เหมาะสมกับบริบทผู้ดูแลในประเทศไทย เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณ Prof.Dr.Steven H. Zarit และ Prof. Dr.Judy M. Zarit ที่สนับสนุนเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ (ภาพรวมประเทศ)**.http://www.thaincd.com/files/info/download1no118.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2553)
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2552). **รายงานสุขภาพคนไทย.**(2552) : http://www.thaihealth.or.th/node/8640. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2553.
3. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. **(2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.** ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

4. วรรณิภา บุญระยอง. (2542). **กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม.** เชียงใหม่ ?: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์? มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

5. ศิริพันธ์ สาสัตย์.(2544). ทุกข์ภาระของผู้ดูแล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ**). เอกสาร** ประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2544. “Prevention and Remedies old **Disability”** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

6. สมฤดี สิทธิมงคล.(2541). **ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

7. Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudi nal study. **Gerontologist,** 26 **:** 260-266.

8. Zarit, S.H. (1990). **The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview.** Copyright.

9. กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). **การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows.** กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด

10. Martin-carrasco, M. , Otermin, P. ,P้ rez-Camo, V. , Pujol, J. , Ag□era, L. , Martn, M. J. , et al. (2010). EDUCA study: Psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. **Aging & Mental Health**. 14 (6) : 705–711.

11. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร