ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia

ชยุตรา สุทธิลักษณ์[1] วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์*[1] วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช[1] ลักษนันท์ ชีวะเกรียงไกร[2]**

Chayuttra Sutthilak*[1] Virapun Wirojratana[1] Wimolrat Puwarawuttipanit[1] Laksanun Cheewakriengkrai[2]**

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

[1]Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

[2]แผนกประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

[2]Neurology, Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และวิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.165, 0.755 และ 0.223 ตามลำดับ) และภาวะสุขภาพค่อนไปทางด้านสูง (Mean = 72.55, S.D. = 16.14) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412$, $p < 0.05$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.444$, $p < 0.05$) ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .260$, $F = 17.027$, $p < .05$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงในการวางแผนการพยาบาล และควรจัดทำโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในด้านการเตรียมความพร้อม และลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เพื่อให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ : ความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Corresponding Author : *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail : virapun.wir@mahidol.ac.th

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

The present study aimed at investigating the predictive power of the factors influencing health status of caregivers of elderly people with dementia. The study sample consisted of 100 caregivers. Data were collected using the demographic characteristics questionnaires, the preparedness questionnaires, the help from the other questionnaires, the strain from direct care questionnaires, and the SF-12 Health suevey version2. Descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, and Multiple Regression Analysis were employed to analyze data and to determine the relationship among the study variables.

The study findings revealed that caregivers had a rather low level of preparedness, direct role strain, and of the amount of help from others (Skewness = 0.165, 0.755 and 0.223), but had a rather high level of perceived health status. The analysis of the relationships among the study variables showed that preparedness was positively related to perceived health status with statistical significance at an average level ($r = 0.412$, $p < 0.05$), roles strain was negatively related to perceived health status with statistical significance at an average level ($r = -0.444$, $p < 0.05$), but the amount of help from others was not related to perceived health status with statistical significance at 0.05 level. Finally, both preparedness and direct role strain could predict perceived health status of caregivers of elderly people with dementia with statistical significance by 26% ($R^2 = 0.26$, $F = 17.027$, $p < 0.05$).

The study findings could be utilized to assess preparedness and strain from direct care guide a clinical nursing practice and a caregiver support program including caregiver's care to prepare and decrease strain from direct care to enable caregivers of elderly people with dementia to maintain their good physical and mental health status to ensure quality of life.

Keywords : preparedness, strain from direct care, Health status, caregiver, elderly people with dementia

บทนำ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรในประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้น มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ร่างกายยังคงมีความเสื่อมถอย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ซึ่งจะพบความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาว์ปัญญา ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[1] เมื่อมีความก้าวหน้าของโรคจะนำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง จึงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เกิดการพึ่งพาระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และประเทศชาติ

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็น "โรคครอบครัว" เนื่องจากส่งผลกระทบถึงผู้ดูแล และทุกคนในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะมีบทบาทใหม่ คือ เป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน[2] ต้องใช้ความพยายามและความอดทนค่อนข้างสูง เพราะต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงทุกวัน จนสูญเสียการดูแลตนเองในที่สุด[3] ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแล จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยได้[4]

บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดผลกระทบจากการดูแลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ การดูแลยังทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ[5] โดยแตกต่างกัน

ขึ้นกับประสบการณ์การดูแลและรูปแบบการเผชิญปัญหา อาจเกิดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความรู้สึกทางลบ และยังมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล อาจเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[6] และส่งผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีรายได้ลดลง อาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุดอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้[7] ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอำนาจการทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความพร้อมในการดูแลที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาทและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในระดับสูง[8] ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง พบว่า การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมมากขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำและมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง[9] ซึ่งจากตัวแปรนี้ยังไม่ค่อยพบการศึกษามากนักในประเทศไทยในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มความชัดเจนให้แก่ผู้ดูแลในการมีแหล่งสนับสนุน ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น จะทำให้เกิดผลของการดูแลเชิงบวก สุขภาพจิตของผู้ดูแลจะดีขึ้น มีคุณภาพการให้การดูแลที่ดี ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร

2. ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร

3. ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ศึกษาความสัมพันธ์ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. ศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

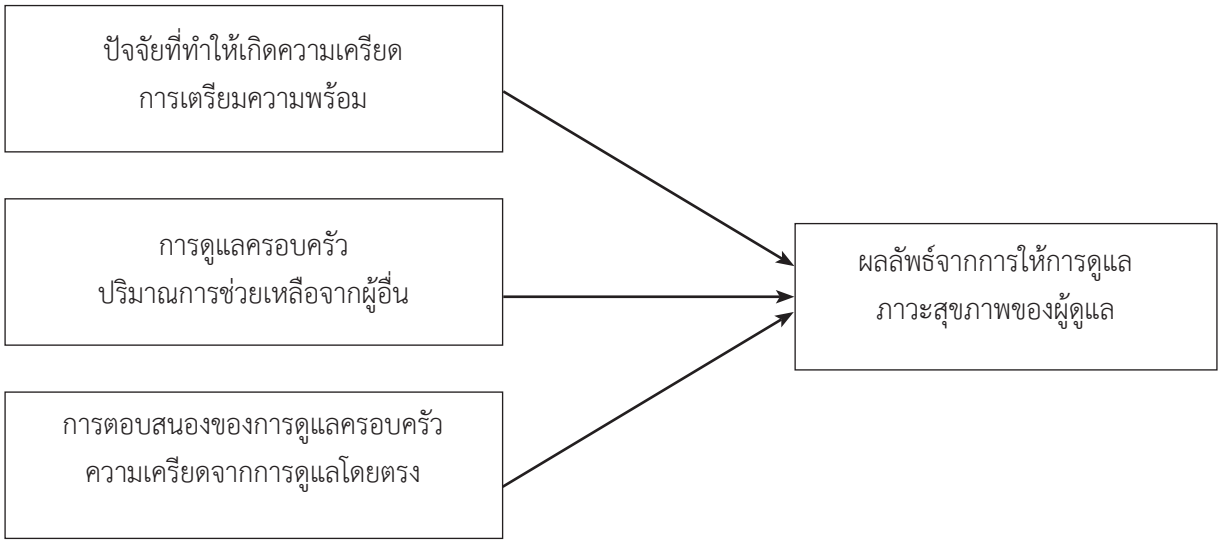
สมมติฐานการวิจัย

ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold & Stewart[10] ซึ่งทฤษฎีได้เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแล ปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย ประสบการณ์การดูแลทั้งทางลบและทางบวก โดยประสบการณ์ทางด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) และประสบการณ์ทางด้านบวก คือ รางวัลในการดูแล (rewards of family care) ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แนวคิดการดูแลครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors) การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล 2) การดูแลครอบครัว (family care) คือ ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (amount of help from others) 3) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (responses to family care) ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์ด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) 4) ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (outcome of caregiving) คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล[11] จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม ถือได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาว มีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น จนมีภาวะพึ่งพิง ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาก่อน และส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาดังแผนภูมิที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)12 โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน ให้การดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่องระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือไทยได้ และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 จำนวน 100 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และขนาดของอิทธิพล (Effect size) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา[13] ใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยเท่ากับ .32 มีตัวแปรทั้งหมดจำนวน 3 ตัวแปรในการคำนวณ แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 100 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานภาพการทำงาน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการต่างๆ ประสบการณ์ใน

การดูแลผู้ป่วยอื่น การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ

2. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลพัฒนา[10] และได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย[11] เพื่อวัดความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลค่าคะแนนด้วยสถิติความเบ้ (Skewness)[14] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความพร้อมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความพร้อมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ

3. แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นพัฒนา[10] และได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย[11] เพื่อวัดการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness)[14] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับการช่วยเหลือจากผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับการช่วยเหลือจากผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ

4. แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง พัฒนา[10] และได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย[11] เพื่อวัดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness)[14] ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ

5. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) พัฒนาโดยองค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกา[15] เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2,3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6,7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9,11) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3-5 ระดับ แปลผลค่าคะแนน ด้วยโปรแกรม QualityMetric Health OutcomesTM Scoring Software 5.0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) ได้เท่ากับ 1 และแบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ได้เท่ากับ .99 และตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .82, .89 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (Version 2) โดยแบ่งเป็นคะแนนทางด้านร่างกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 คะแนนรวมทางด้านจิตใจ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 คะแนนรวมทั้งฉบับได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2016/49.0407 ลงวันที่ 8 ส.ค. 2559 และคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ซึ่งได้รับการรับรองในการทำวิจัย รหัสโครงการ Q023q/59 ลงวันที่ 20 ต.ค. 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติตามสายบังคับบัญชาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย

ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2) พยาบาลผู้ประสานงานได้แนะนำกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด จำนวน 145 ข้อ หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-50 นาที และมีผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยดูแลความเรียบร้อยและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในขณะที่ญาติผู้ดูแลทำแบบสอบถามการวิจัย และเป็นผู้แจ้งแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าพบแพทย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายหลังเมื่อสะดวกและตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank coefficients) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 เพศชาย ร้อยละ 15 มีอายุระหว่าง 26 ถึง 82 ปี โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี (S.D. = 12.13) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66 และพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 97 ส่วนมากไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 56 สาเหตุจากเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 26 รองลงมาพบว่าหยุดทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 20 มีรายได้ของครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 82 พบว่าเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 68 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรสาวหรือบุตรชาย ร้อยละ 66 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 51 เฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงเวลา 1-3 ปี ร้อยละ 40 และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ พบว่าส่วนมากมีอาการหลงลืมเพียงอาการเดียว คิดเป็นร้อยละ 38 และมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ร้อยละ 30 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 91 นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ร้อยละ 88 และมีปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 64 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22 เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 54 และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ร้อยละ 93

2. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 72.55, S.D. = 16.14) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33 ในด้านภาวะสุขภาพโดยรวม 8 มิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี (≥50 คะแนน) ร้อยละ 86 มีภาวะสุขภาพไม่ดี (<50 คะแนน) ร้อยละ 14 เมื่อแบ่งในด้านสุขภาพกาย (PCS) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพกาย (≥50 คะแนน) ร้อยละ 95 (Mean = 70.77, S.D. = 17.12) มีภาวะสุขภาพจิต (≥50 คะแนน) ร้อยละ 86 (Mean = 74.33, S.D. = 18.42) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 25-97.92 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 100 คะแนน) Mean = 72.55, S.D. = 16.14 มีภาวะสุขภาพของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทางด้านสูง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	Mean	S.D.	Min	Max	แปลผล
คะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม	72.55	16.14	25.00	97.92	ดี
คะแนนภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (PCS)	70.77	17.12	16.67	100.00	ดี
คะแนนภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (MCS)	74.33	18.42	25.00	100.00	ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์การกระจายของตัวแปร โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test พบว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จึงใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .412) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.444) นอกจากนี้พบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความพร้อมในการดูแล	1.00			
2. ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น	.318**	1.00		
3. ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	-.415**	-.148	1.00	
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.412**	.118	-.444**	1.00

*p < 0.05

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 (R^2 = .260, F = 17.027, p < .05) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (β = -.331, p < .05) รองลงมา คือ ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (β = .274, p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (enter regression analysis)

ตัวแปรทำนาย	b	SE(b)	Beta	t	p-value
Constant	54.441	10.818	-	5.033	.000
ความพร้อมในการดูแล	1.151	.403	.274	2.858	.005
ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	-.114	.033	-.331	-3.443	.001

R = .51 , R^2 = .26

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับดี มีภาวะสุขภาพกายในระดับดีมาก และด้านสุขภาพจิตในระดับดีมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี (S.D. = 12.13) ซึ่งอายุจะแสดงถึงวัยวุฒิและบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจในเนื้อหา ข้อมูลข่าวสารรวมถึงการรับรู้ต่างๆ ได้มากน้อยตามประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66 ซึ่งการมีระดับการศึกษาที่ดีจะมีการใช้เหตุผล สติปัญญาในการแก้ปัญหาได้ดี จึงสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น สามารถประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพได้ตรงกับความเป็นจริง[16] และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิต (MCS) อยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 71 และส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ซึ่งเพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร ผู้ดูแลพ่อแม่สูงอายุหรือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และพื้นฐานสังคมไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความกตัญญู กล่าวว่าบุตรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า[7] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงค่อนข้างต่ำ พร้อมทั้งส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53 ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งสามี/ภรรยา ลูกหลาน คอยรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยแก้ไขและเผชิญปัญหาไปด้วยกัน ทำให้ไม่รู้สึกเครียด หรือเป็นภาระในการดูแล จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก[17]

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.444$) และมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -.331$, $p < .05$) และสามารถร่วมทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .260$, $F = 17.027$, $p < .05$) แสดงว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาถึงอิทธิพลของปริมาณการดูแล ความเครียดจากการดูแล ปัญหาการสื่อสาร และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎี Stress and coping พบว่ามีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -.471$, $p < .01$) และความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ 22% ($F_{(1, 88)} = 25.134$, $p < .01$)[17] และสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ และภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ความเครียดจากการดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.658$, $P < .01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F (2,97) = 48.5$[18], $P < .00$[19] ซึ่งกล่าวได้ว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด มีปัญหาด้านความจำ ผู้ดูแลต้องให้การดูแล แก้ปัญหาเฉพาะหน้าตลอดเวลา และพบว่าต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51) เฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เกิดความเครียด และส่งผลต่อระบบการทำงานของภูมิคุ้มกัน รวมทั้งญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลมาก่อน (ร้อยละ 91) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเครียดจากบทบาทการดูแล เนื่องจากมารับหน้าที่บทบาทใหม่เพิ่มจากบทบาทที่มีอยู่เดิม ความเครียดจากบทบาทการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล[10,20]

ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .412$) และขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .274$, $p < .05$) แสดงว่าความพร้อมในการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวันที่ศึกษาถึงผลกระทบของสภาพการทำงานและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ความพร้อมในการดูแลสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2change = 4.8%, $P = 0.029$)[18] และในการศึกษาถึงอำนาจ

การทำนายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลทั้งทางบวกและทางลบ คือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสมดุลของการดูแลกับความต้องการการดูแลในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความพร้อมในการดูแลจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = 2.2%, p <.05)[8] ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ที่อธิบายว่า ความพร้อมในการดูแลส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล[10,11]

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการศึกษานี้ พบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ อธิบายได้ว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 ราย พบว่า การขาดแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (r = -.572, P <.01) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2, 97)}$ = 48.518, P <.001)[9] การที่ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพให้การช่วยเหลือทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง เป็นการช่วยเหลือดูแล แบ่งเบาภาระทางด้านร่างกาย รวมทั้งผู้ดูแลอาจมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจร่วมด้วยเช่นกัน และเครื่องมือการวัดปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ หรือแรงสนับสนุนของญาติผู้ดูแลอาจจะไม่ครอบคลุมปรากฏการณ์ของแรงสนับสนุนที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลครอบครัว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินว่าผู้ดูแลขาดความพร้อมในด้านใด แล้วจึงวางแผนการพยาบาลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อม ความมั่นใจในการให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของผู้ดูแลหลัก เพื่อวางแผนการพยาบาลโดยมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม เพื่อลดความเครียด ซึ่งทำให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

3. ควรจัดทำโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในด้านการเตรียมความพร้อม และลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เพื่อให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงทดลอง เพื่อทดสอบผลของวิธีการสร้างความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นและความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ควรศึกษาวิจัยในปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ครบองค์รวม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. The National Institute on Aging. Alzheimer's Disease FACT SHEET. NIH Publication No. 15-6423.2015: 1-8.
2. Sansoni J, Vellone E, Piras G. Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. Int J Nurs Pract. 2004;10(2):93-100.
3. Vellone E, Piras G, Venturini G, Alvaro R, Cohen M. The experience quality of life for caregivers of persons with Alzheimer's disease living in Sardinia, Italy. Italy Journal of Transcultural Nursing. 2012;23(1):46-55.

4. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience.2009;11(2):217-28.
5. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia. 2015; 11(3):1-83.
6. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kim SY, Kang IO, Lee SY. Caregiver burden among caregivers of Koreanwith dementia. Gerontology. 2009; 55(1):106-13.
7. Sasat S. Gerontological Nursing: Common problems and caring guideline. 3rd ed. Bangkok: CU PRINT; 2011. (in Thai)
8. Shyu YI, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, Hsu WC. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. J Nurs Res. 2010;18(3):155–63.
9. Navarat W. A study of influences of lack of resources, strain from direct care, and caregivers' factors on health status of family caregivers of patients with cerebrovascular disease[dissertation]. Bangkok: Mahidol Univerisity; 2002. (in Thai)
10. Archbold PJ, Stewart BJ. Fammily Cargiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
11. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
12. The Board of Directors of the Thai Brain Tests 1999. Mini-mental State Examination: MMSEThai version (MMSE-Thai 2002). Nonthaburi: Geriatric Medical Center, 2000. (in Thai)
13. Phligbua W, Kasemkitwattana S, Panitrat R, Chakrapee-sirisuk S. Factors Predicting Health Status of Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Thai Journal of Nursing Council. 2006;21(4).44-55. (in Thai)
14. Rojpalakorn GP, Leucha Y. Statistic for nursing research : SPSS for Windows. Bangkok: Chudthong print; 2013. (in Thai)
15. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. 2nd ed. Boston: New England Medical Center; 1998.
16. Sangsarawad C, Lagampan S, Chansirikarnjana S, Intarasombat P. Determinants of the Qualityof Life Among Elderly People with Dementia. J Gerontol Geriatr Med. 2011;12(3): 23-34. (in Thai)
17. Ritteeveerakul N, Kasemkitvattana S, Usavadee A, Pradithsuwan R. Factors Predicting Health Status on Family Caregivers of Demented Elderly Patients. J Gerontol Geriatr Med. 2006;7(2):47-58. (in Thai)
18. Wang YN, Shyu YI, Tsai WC, Yang PS, Yao G. Exploring conflict between caregiving and workfor caregivers of elders with dementia: a cross-sectional, correlational study. J Adv Nurs. 2013;69(5):1051–62.
19. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990; 13(6):375-84.
20. Prachuablarp C., Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):235-245. (in Thai)