ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

Facters Related to Stress of Caregiver in Dementia Patients

ปวีณา ทักษิณาเจนกิจ* จิราพร เกศพิชญวัฒนา
Paweena Taksinachanekij Jiraporn Kespichayawattana
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ณ คลินิกเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาระในการดูแล แบบประเมินการนอนหลับ แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1,0.96,1,0.99และ0.98 ตามลำดับและค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89,0.97,0.95,0.91และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนมาก ไม่มีภาวะเครียด เป็นร้อยละ 51.7 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$($r = -0.598$, $r = -0.246$, $r = 0.326$) ตามลำดับ ควรมีการส่งเสริมด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และ ความสอดคล้องในการมองโลก นำมาวางแผนการการพยาบาลแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะเครียดในผู้ดูแล

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้มีภาวะสมองเสื่อมความเครียดในผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to examine the caregiver's stress responsible for dementia patients and to study the correlation between genders, elderly mutuality, caring hours, sleep quality, sense of coherence, humor, and stress levels in caregivers. The sample group which was selected with the multi-stage sampling method included 120 primary caregivers who took care of dementia patients at two tertiary hospitals with dementia specialization. The research tools were the Personal Information Questionnaire; Burden of Caregivers in Caring Patients with Dementia Measurement; Sleep Quality Index; Multidimensional Humor Measurement; Supportive Mutuality Between Elderly and Relatives Caregivers Questionnaire; and Sense of Coherence Assessment. The data collection tools were tested by 5 experts, yielding the content validity of 1, 0.96, 1, 0.99, and 0.98, respectively whereas their reliability was 0.89, 0.97, 0.95, 0.91, and 0.83, respectively. Finally, data were analyzed

Corresponding Author: *E-mail: Paweena.tak18@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ 12 ก.ย. 2565 วันตอบรับ 25 ก.ย. 2565

by using descriptive statistics: numbers, percentage, mean, standard deviation, median, maximum and minimum values; and Spearman's rank correlation.

The results showed that 51.7 percent of the caregivers had no stress level. Moreover, the factors which were sense of coherence and humor were shown to be correlated with the caregiver's stress and were statistically significant at p<0.001 (r = -0.598, r = -0.246, r = 0.326), respectively. The factors between supportive mutuality in patients with dementia and a sense of coherence showed negatively correlated with the stress of the caregivers. Humor was significantly positively associated with the caregiver's stress. The result of this study suggested that support should be provided in terms of mutuality and sense of coherence for nursing planning in caregivers.

Keyword : caregiver, dementia patient , stress of caregiver

บทนำ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตาม มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563[1] ระบุว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 651,950 คนเป็นเพศหญิง 460,655 คน เพศชาย 191,295 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท[2] ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความทรงจำ[3] ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[4] เป็นภาวะที่อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแล[5] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากภาวะของโรค[6] ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลอย่างหนัก ได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงาน[7,8] การเผชิญปัญหาจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกิดภาวะเครียดขึ้น[9] มีการศึกษาพบว่าระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในระดับสูงแตกต่าง จากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม[10] นอกจากนั้นมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ความเครียดจากการดูแลโดยตรงมีผลกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ[11 12] ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[13] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งภาระในการดูแล ย่อมส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของญาติผู้ดูแล เห็นได้ว่าการเข้าใจถึงความสำคัญของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากผู้ดูแลเกิดปัญหาจากการที่ต้องดูแลเป็นเวลานาน ก็สามารถส่งผลกระทบกับตัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วย

ความเครียดของผู้ดูแล หมายถึง ความยากลำบากในการตัดสินใจ หรือการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ[14] มีการศึกษาถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ[14] พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ คู่สมรส การบกพร่องทางความทรงจำ จำนวนเวลาในการดูแล, ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกัน และ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และแนวคิด ชื่อว่า Pearlin's caregiving stress paradigm[15] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดบางปัจจัยที่คล้ายกับ Archbold ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และที่ไม่เหมือนคือ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัย นอกจากนั้นมีการศึกษาระบุว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระยะเวลาในการดูแล จะมีความสัมพันธ์กับ ระดับความเครียด และความเหนื่อยล้า โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ การศึกษา และฐานะทางการเงินน้อย จะมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษกิจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า ยังพบว่าความเครียดในผู้ดูแล เป็นผลโดยตรงมาจากจากสภาพจิตใจของผู้ได้รับการดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม[16] ทั้งนี้การศึกษาในประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลพบว่า เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป[17] อย่างไรก็ตามยังพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบได้ไม่มาก ที่ผ่านมาจะเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่ ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด

ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม[18] ในขณะเดียวกันต่างประเทศ การศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีการศึกษาในหลายรูปแบบ และเพื่อเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างของบริบทในสังคม ที่ผู้ดูแลในต่างประเทศมักจะเป็นคู่ชีวิตมากกว่าที่จะเป็นบุตรหลาน ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลาน ค่านิยม และวัฒนธรรมการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมากถือเป็นเรื่องสำคัญในสังคมไทย มีการให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งถึงว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ[19] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐาน

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2. ชั่วโมงในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดในผู้ดูแลมีหลากหลาย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้นมีความแตกต่างกันออกไป ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีการศึกษาในประเทศไทยน้อย การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความน่าสนใจอันได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน อีกทั้งได้เลือกแนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ Archbold 1980 ซึ่งกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Antecedent factors) 2. การดูแลครอบครัว (Family care) 3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care) 4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving) และทำการเลือกปัจจัยที่มีความน่าสนใจซึ่งเหมาะสมกับบริบทในการศึกษานี้ มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมและครอบคลุม จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ของ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณ thordlike (1978) สูตรคือ n = 10k + 50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. แบบประเมิน

2.1 แบบประเมิน วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม[20]มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ได้แก่ ประจำได้ 4 คะแนน บ่อยครั้งได้ 3 คะแนน บางครั้งได้ 2 คะแนน นานๆครั้งได้ 1 คะแนน ไม่เคยเลยได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน20 61-88 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับมาก 41-60 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับปานกลาง 21-40 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับน้อย ‹ 21 หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นความเครียด

2.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ[21] มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มี การแปลผลนั้นนำข้อคำถามมาแต่ละองค์ประกอบข้อคำถามจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน

2.3 แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน[22] ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นวิธีการช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามนี้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 44 คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เป็นทางเลือก 3 ระดับ ใช้บ่อยๆ ครั้งได้ 2 คะแนน ใช้นานๆครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่เคยใช้ ได้ 0 คะแนน

2.4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล[23] ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 0-4 คะแนน ดังนี้ ไม่เลย ได้ 0 คะแนน เล็กน้อย ได้ 1 คะแนน บางครั้ง ได้ 2 คะแนน มาก ได้ 3 คะแนน มากที่สุด ได้ 4 คะแนน

2.5 แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก[24] เป็นแบบวัดมีจำนวน 20 ข้อ 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน รายละเอียดดังนี้ จริงน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน จริงน้อย ได้ 2 คะแนน จริงปานกลางได้ 3 คะแนน จริงมาก ได้ 4 คะแนน จริงมากที่สุดได้ 5 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด ต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยทั้ง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ COA. MURA2021/47 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564 และสถาบันประสาทวิทยา ได้รับหนังสือรับรองเลขที่ 018/2564 เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งลงนามในหนังสือเสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมไม่มีผลต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือได้แก่ แบบวัดภาระในการดูแล แบบประเมินการนอนหลับ แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 1,0.96,1,0.99 และ 0.98 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.97, 0.95, 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 34.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3

ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ48.3 สถานะผู้ดูแลเป็นลูกสาว ร้อยละ 60 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 และระดับการศึกษา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 43.3

2. ผลจากแบบประเมินความเครียดของความผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งระดับความเครียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 120)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด (‹ 21คะแนน)	62	51.7
เครียดระดับน้อย (21-40 คะแนน)	28	23.3
เครียดระดับปานกลาง (41-60คะแนน)	26	21.7
เครียดระดับมาก (61-88 คะแนน)	4	3.3
รวม	120	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแล มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.3 และระดับไม่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.7

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ	-.141	0.155
ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	.138	0.390
คะแนนอารมณ์ขันของผู้ดูแล	.326**	<0.001*
คะแนนคุณภาพการนอนหลับ	.025	0.970
ความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแล	-.246**	0.007
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	-.598**	<0.001*

* Significant at p<0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยด้านความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.007 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001 และปัจจัยด้านอารมณ์ขันของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาวะสังคมในปัจจุบันที่ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงมีบทบาทในสังคมไม่แตกต่างกัน ได้รับการยอมรับในสังคมไม่แตกต่างกันจึงอาจทำให้มีการรับรู้และประสบการณ์ที่ไม่แตกต่างกัน[25] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน[26] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่มีจำนวนผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือช่วงอายุ 30-39 ปี จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี[27]

2. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในการดูแลน้อย และเนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร เกิดความรู้สึกแน่นแฟ้น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ในการแก้ปัญหาต่างๆ จากการดูแลได้[28] จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างตัวผู้ดูแล และผู้มีภาวะสมองเสื่อมเองจัดอยู่ในระดับดี ทำให้การดูแลไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระจนต้องให้เกิดความยากลำบาก จึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีความเครียดเมื่อความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ประกอบไปด้วยความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์การดูแลโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบุตรและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันมานาน แม้ว่าจะเป็นหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้การดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดจากการให้การดูแล สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ที่ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งการดูแลถือว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ[19]

ชั่วโมงในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ขัดกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลา 9-16 ชั่วโมงต่อวัน[29] ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง ไม่มีเวลาส่วนตัว เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นเดียวกับ การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลในเกาหลีใต้[30] พบว่าปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแลมีผลกับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระบุว่ายิ่งผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลกับผู้ดูแลมาก คะแนนความเครียดก็สูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากผลการศึกครั้งนี้ที่ระบุว่าชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล จากผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมาเนื่องจากบริบทในสังคมที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีผู้ช่วยในการดูแลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ทำให้เกิดการแบ่งเบา และช่วยเหลือในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เพราะยังมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระได้ ตามบริบทของสังคมไทยที่ให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่สมาชิกในครอบครัว[23]

คุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 และขัดแย้งกับการศึกษาของ ความรู้สึกเป็นเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม[31] พบว่า คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับการศึกษาเรื่อง ภาระในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม[32] ในประเทศจีนพบว่า คุณภาพการนอนหลับ(psqi) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ ที่ระบุว่าการที่ผู้ดูแลจะมีความเครียด เกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่างในแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล จะมีผลให้เกิดความเครียดได้มากกว่าปัจจัยจากตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง ทั้งนี้จากผล

การศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งหมายถึงยังต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการประกอบอาชีพ และเป็นเสาหลักในการหารายได้ ทำให้มีภาวะเครียดจากชีวิตการทำงานและภาระหน้าที่อยู่แล้ว และรวมถึงมีผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้สูงอายุทำให้มีอาการนอนไม่หลับจากความเสื่อมตามวัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

ความสอดคล้องในการมองโลก ผลการศึกษาปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - 0.246, p = 0.007) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก เท่ากับ 73.27 หมายถึง ระดับความสอดคล้องในการมองโลกมาก ในผู้ดูแล สอดคล้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสอดคล้องในการมองโลก ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศสวีเดน[33] พบว่าความสอดคล้องในการมองโลกมีระดับต่ำมากเท่าไหร่ ผู้ดูแลจะมีภาวะเครียดมากขึ้น มีบทบาทสำคัญช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้มองเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีคุณค่า สำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข

อารมณ์ขัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอารมณ์ขันมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.326, p<0.001) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับทำการศึกษาใน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว[34] เรื่องการรับมือกับความเครียดในฐานะสมาชิกในครอบครัว ระบุว่า อารมณ์ขันเป็นเทคนิค ที่ใช้ในการเผชิญปัญหามากที่สุดทำให้สามารถรับมือกับความเครียดในการดูแลได้เป็นอย่างดี อารมณ์ขันเป็นกลไกการเผชิญความเครียดของบุคคลชนิดหนึ่งซึ่งจัดเป็นกลไกทางจิต ที่บรรลุวุฒิภาวะซึ่งเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ตลก ขบขันก่อให้เกิดความพอใจทั้งตนเองและผู้อื่น ช่วยให้บุคคลเกิดความผ่อนคลาย และสามารถทนต่อสภาพต่างๆ ได้ดีขึ้น[35] เห็นได้ว่าอารมณ์ขันในผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการให้การดูแลเพราะนอกจากจะส่งผลดีกับตัวผู้ดูแลเองแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการให้การดูแลด้วย ซึ่งการนำเอาอารมณ์ขันมาใช้ในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีวิธีการทำให้ตนเกิดอารมณ์ขัน และเป็นบุคคลที่มีอารมณ์ขันเสียก่อน จึงจะสามารถนำเอาอารมณ์ขันไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการให้การดูแลได้[36]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังสามารถนำข้อมูลนี้ไปประเมินผู้ดูแล ในการเริ่มให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจถึงแนวโน้มของปัญหาในการดูแล นำมาซึ่งการป้องกันการเกิดปัญหาความเครียดของผู้ดูแลได้อีกด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน นำไปศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ดูแล

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Insitute (TGRI). Situation of the thai elderly 2020. Nakhonprathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (In Thai)
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2018; 14(3): 1-86.
3. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N. The Relationships Between Mutuality Predictability and Caregiver RoleStrain in older persons with parkinson's disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15: 235-45. (In Thai)

4. White CL. Advancing Care for Family Caregivers of persons with dementia through caregiver and community partnerships. Research Involvement and Engagement. 2018.
5. Chansirikarnjana S. Dementia geriatric medicine Textbook for Doctors. 1st edition.Bangkok; 2005. (In Thai)
6. Koskie B, Akers W. The state of caregiving for alzheimer's and related Dementia. Healthlines. 2018.
7. Sutthilak C. Hidden Patients Family Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019, 20(1): 40-46. (In Thai)
8. Wongsaree C. dementia in the elderly Nursing and caring for caregivers.HCU journal. 2018; 22: 43-4. (In Thai)
9. Dickens H, Jolley, D. Better recognition of dementia: A guide for general practice. Practice Nursing. 2009; 20(6): s1-15.
10. Bertrand R, Fredman L. Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. Journal of Aging and Health. 2006; 18(4): 534-51.
11. Sutthilak C. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2018; 191-200. (In Thai)
12. Ross C. Caring for someone with dementia, The Economic Social and Health Impacts of Caring and Evidence based support for careers. A Report prepared for Alzheimer's Australia: Princeton University Press. 2015.
13. Kim M, Hong S, Lee C, Kim S, Kang I, Lee. Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. Gerontology. 2009; 55(1): 106-13.
14. Archbold P, Stewart B, Greenlick M. Harvath Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing and Health. 1990; 13: 375-85.
15. Leonard I, Pearlin. The stress process, Journal of Health and Social Behavior. 1981; 22: 337-56.
16. Scharlach A, Li, Dalvi T. Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. Family Relations. 2006; 55(5): 625–35.
17. Gray R, Thapsuwan. Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons. Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities. 2014; 20(1): 203-28. (In Thai)
18. Thatapanpong S. Effects of the group support program on stress burden and quality of life in caregivers of patients with dementia. TJN. 2019; 67(4): 21-4. (In Thai)
19. Pinyopornpanish M, et al. Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: a cross-sectional study. BMC Geriatr.2021; 21(1): 180.
20. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. Journal of Nursing and Eduction. 2011; 4: 62-75. (In Thai)
21. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hispital. J Med Assoc Thai. 1994;42:122-31. (In Thai)
22. Sawangjang W. Sense of humor among Professional nurses Providing care for Psychiatric Patients. thesis of Master of Nursing Science. Chiang mai: Chiang mai university; 1999. (In Thai)
23. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory Doctoral dissertation. Portland: Oregon Health & Science University. 2002.

24. Sudhasani S. Development of a sense of coherence test for adolescents. Journal of Educational Research and Measurement. 2004; 2: 56-72. (In Thai)
25. Chaimay B. the quality of life and daily activity ability among elderly people and to investigate factors associated to the quality of life among elderly people in Laem Tanot District Phatthalung Province. Journal of Public Health. 2012; 42: 55-5. (In Thai)
26. Prombut P. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. Rama Nurs J. 2014; 20: 82-96. (In Thai)
27. Rakitti W. Documents for teaching family health subjects in public health chapter 1-7 Nonthaburi: Numkang printing; 2009. (In Thai)
28. Lapvongwatana P. Documents for teaching family health subjects in public health chapter 1-7. Nonthaburi: Numkang printing; 2009. (In Thai)
29. Koonnarong O. Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. Princess of Naradhiwas University Journal. 2012;4: 14-27. (In Thai)
30. DeokJu K. Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients: A Controlled Study. Occupational therapy International 2017;9.
31. Miguel A. Simón. (2019). Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers, Journal of clinical medicine.8:1072
32. Shuai L. Caregiver burden sleep quality depression and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics 2018; 30(8), 1131–8.
33. Signe A. The relationship between caregiver burden caregivers and their sense of coherence in caring for elders with dementia perceived health. Journal of Clinical Nursing. 2007;17:790–9.
34. Jordan M. Alpert & Frances E Womble. (2015). Coping as a Caregiver for an Elderly Family Member. Health Communication, 30(7):714-21.
35. Disayavanish C, Disayavanish P. Stress, anxiety and health. Chaingmai: Sangsilp printing; 2002. (In Thai)
36. Rungreangkulkij S. humor with mental health. Journal of Faculty of Nursing, KKU. 1990; 13:1-5.