

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและ ญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role
Strain in Older Persons With Parkinson's Disease

บทความวิจัย

ฉัตรกมล ประจวบลาภ* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์**

นาริรัตน์ จิตรมนตรี*** อัครวุฒิ วิริยเวชกุล****

Chatkamon Prachuablarp, R.N., M.N.S.*

Virapun Wirojratana, R.N., M.N.S., Ph.D.**

Narirat Jitramontree, R.N., M.N.S., Ph.D.***

Akravudh Viriyavejakul, M.D.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart (1980) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับ การตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 โดยการตอบแบบสอบถามการดูแลครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนข้างทางด้านสูง (Mean = 42.18, S.D. = 6.61, skewness = - 0.33) ความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนข้างด้านต่ำ (Mean = 14.36, S.D. = 3.87, skewness = 0.15) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทุกด้านค่อนข้างด้านต่ำ (skewness = 0.26 - 2.76) ยกเว้นด้านความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนข้างด้านสูง (skewness = - 0.28) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความ สัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.24$, $p < .05$, $r = - 0.23$, $p < .05$) ตามลำดับ และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแล โดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Corresponding Author: *นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: c.klimnalai@gmail.com

ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจาก ทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ ๘๔ พรรษา มหาราชฯ ปีการศึกษา ๒๕๕๕

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****แพทย์ประจำกลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายนการดูแลในระดับสูง เพื่อให้สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านปัญหาจากการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล, ความสามารถในการทำนายนการดูแล, ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

Abstract

The study aimed to explore the correlations in mutuality between the elderly and family caregivers, caregiving predictability and caregiver role strain in caregivers of elderly patients with Parkinson's disease. The Family Care Model of Archbold and Stewart was selected as the conceptual framework in 1980. Sample of 100 family caregiving who caring for older persons with Parkinson's disease were recruited at Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross, Prasart Neurological Institute. Data was collected from October to December of 2013 by completing Family Care Inventory questionnaires. The data obtained was analyzed with descriptive statistics and correlation analysis by using Pearson's Correlation Coefficient.

The research findings revealed the mutuality between the elderly subjects and family caregivers to be rather high (Mean = 42.18, S.D. = 6.61, skewness = - 0.33); caregiving predictability was rather low (Mean = 14.36, S.D. = 3.87, skewness = 0.15) and caregiver role strain for caregivers of older persons with Parkinson's disease was rather low (skewness = 0.26 - 2.76), except for the aspect of worry-related strain which was rather high (skewness = - 0.28). Furthermore, when the correlations were analyzed among the variables studied, mutuality between the elderly subjects and family caregivers was found to be correlated with caregiver role strain and elderly patients with Parkinson's disease in relation to total and dimensions scores with no statistical significance at level of .05. Care predictability was found to be negatively related to a low degree with caregiver role strain from communication problems and global strain with statistical significance ($r = - 0.24, p < .05, r = - 0.23, p < .05$), respectively. Furthermore, there were no statistical significance at level of .05 between predictability, strain from worry, strain from direct care, strain from role conflict.

The research findings can be applied to nursing planning to promote family caregivers' caregiving predictability to a high degree in order to enable anticipation and control of situations occurring with patients, which will help reduce caregiver role strain from communication problems and global strain in older persons with Parkinson's disease.

Keywords: mutuality, predictability, caregiver role strain, caregiver, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการสำรวจแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุระดับประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) คาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ความสูงอายุนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วย

เรื้อรัง โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุ (Vernon, 2009) จากสถิติโครงการลงทะเบียนผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2554 คิดเป็นความชุกในประเทศไทย 242.57 ต่อประชากร 100,000 คน

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาท เกิดจากการเสื่อมและตายลงของเซลล์ในส่วน of substantia nigra ใน Basal ganglia ซึ่งจะมี

การสูญเสียเซลล์เหล่านี้ร้อยละ 70 - 80 เซลล์ในส่วนนี้มีหน้าที่ในการผลิตสาร Dopamine ในสมองซึ่งมีความสำคัญในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อสาร Dopamine น้อยลง จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของความเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) อาการสั่นขณะอยู่นิ่ง (resting tremor) อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscular rigidity) และปัญหาในการทรงตัวลำบาก (postural instability) และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของการเดินและการทรงตัวเปลี่ยนไป ถึงแม้ว่าการรักษาโรคพาร์กินสันจะก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดแน่นอนว่ามีอะไรที่จะสามารถป้องกันการเกิดโรคพาร์กินสันได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) จากการวิจัยพบว่าระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday, & McCann, 2010) ซึ่งการดำเนินโรคที่ยาวนานและระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง ส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Abendroth et al., 2011) จากสถานการณ์ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงและภาวะเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านประกอบกับต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะสุขภาพเลวลง และด้านจิตใจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทสูงขึ้น สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะคุณภาพเชิงบวกของความสัมพันธระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) Archbold, Stewart, Greenlick, and Harvath (1990) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นลักษณะเฉพาะของความสัมพันธระหว่างบุคคลของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากความรัก ความใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกัน ภายใต้สถานการณ์การดูแล หากผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระดับสูง และพบว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์

ต่างเกื้อกูลที่ตีร่หว่างกัน จะสามารถลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ (Lyons, et al., 2007)

จากหลักฐานทางการแพทย์ได้บ่งบอกถึงอาการหลากหลายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และพบข้อสังเกตว่าผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายมีอาการไม่เหมือนกัน โดยความแตกต่างในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละวัน ความสามารถในการทำนายการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ถ้าผู้ดูแลสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี และลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Carter et al., 1998)

ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะพยาบาลที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวต้องคำนึงถึง และจากที่ได้ทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลยังมีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ทั้งที่บริบททางสังคมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในต่างประเทศและในประเทศไทยมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษา

1. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. ความสามารถในการทำนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ทำการวิจัยระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบক্রบวงจรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลคือ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง เป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวข้องเป็นญาติ และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้กลุ่มตัวอย่าง 88 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของ 88 ราย จึงได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 106 ราย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (IRB-NS 2013/38.0207) และได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้เก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจนครบ 106 ราย โดย 6 ราย พบคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนั้น 100 รายที่เหลือจึงเป็นตัวอย่างจริงที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล และส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ด้าน

ความเครียดจากความเป็นห่วง ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และด้านความเครียดโดยรวม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้ผ่านกระบวนการแปลกลับ (back - translation) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย แต่ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 - 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.70 - 0.89 โดยการแปลผลใช้ค่าทางสถิติคือ ความเบ้ (skewness)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 70.9 ปี (S.D. = 8.09) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันและมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 4 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 ผู้ป่วยอยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 29 ระยะที่ 4 ร้อยละ 14 และระยะที่ 1 ร้อยละ 7 ตามลำดับ

ญาติผู้ดูแลและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีอายุตั้งแต่ 19 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 14.06) สถานภาพคู่ร้อยละ 63 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17 - 24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 50 ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัวร้อยละ 38 ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน

คิดเป็นร้อยละ 23 ส่วนใหญ่ร้อยละ 36 มีประสบการณ์ในการดูแลเป็นระยะเวลา 4 - 10 ปี และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ๆ ของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 60

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 23 - 55 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) Mean = 42.18, S.D. = 6.61 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง (skewness = - 0.33)

ความสามารถในการทำนายการดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ระหว่าง 6 - 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน) Mean = 14.36, S.D. = 3.87 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ (skewness = 0.15)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แบ่งตามรายด้าน 5 ด้าน มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 - 37 คะแนน (คะแนนเต็ม 184 คะแนน) Mean = 1.26, S.D. = 3.98 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนไปทางด้านต่ำ (skewness = 2.76)

2. ด้านความเครียดจากความเป็นห่วง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 11 - 61 คะแนน (คะแนนเต็ม 64 คะแนน) Mean = 36.07, S.D. = 9.25 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง (skewness = -0.28)

3. ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน (คะแนนเต็ม 44 คะแนน) Mean = 7.04, S.D. = 4.29 กลุ่ม

ตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนไปทางด้านต่ำ (skewness = 0.26)

4. ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 - 2.78 คะแนน (คะแนนเต็ม 56 คะแนน) Mean = 0.96, S.D. = 0.73 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.41)

5. ด้านความเครียดโดยรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน (คะแนนเต็ม 16 คะแนน) Mean = 6.32, S.D. = 4.00 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดโดยรวม ค่อนไปทางด้านต่ำ (skewness = 0.31)

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.24$, $p < .05$, $r = -0.23$, $p < .05$ ตามลำดับ) และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากความรัก ความใกล้ชิด ความพึงพอใจระหว่างกันในสถานการณ์ของการดูแล หรืออาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งในบริบทของสังคมไทย เพศหญิงเป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้อาการผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เคารพรัก ให้ความ

ช่วยเหลือดูแล สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในเวลาที่เกิดสถานการณ์ของการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว (ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lyons et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อหนุนระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความสามารถในการทำนายนายการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายนายการดูแล ค่อนข้างดีทางด้านต่ำ หมายถึงญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 76) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 37) ญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น (ร้อยละ 77) สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทของคู่สมรส บทบาทในการหาเลี้ยงชีวิต และบทบาทผู้ดูแลซึ่งเป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น กับภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะใส่ใจดูแลผู้ป่วยและยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรค อยู่ในระยะกลางถึงระยะท้ายของโรค (ร้อยละ 64) ซึ่งจะมีภาวะทุพพลภาพ และมีการทำหน้าที่ของร่างกายจำกัด อาการของโรคปรากฏเด่นชัดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ส่งผลให้การดูแลตามกิจวัตรประจำวันหยุดชะงัก อาจใช้เวลาเป็นนาฬิกา เป็นชั่วโมง หรือไม่สามารถกำหนดเวลาได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนข้างดีทางด้านต่ำ หมายความว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษา

ในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ การดำเนินโรคในระยะที่ 1 - 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ในระยะดังกล่าวผู้ป่วยจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงถือว่าเป็นภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ญาติผู้ดูแลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงบางส่วน ร่วมกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัว และจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเครียดจากกิจกรรมการดูแล

2. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากความ เป็นห่วง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนข้างดีทางด้านสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 77) แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจ มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเอง ถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจหรือมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จะทำให้มีความมั่นใจและดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนา, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะความเครียดจากความ เป็นห่วง ซึ่งเป็นผลจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

3. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหา ด้านการสื่อสาร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนข้างดีทางด้านต่ำ หมายความว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านการได้ยิน การพูด และความจำบกพร่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 82 มีความคุ้นเคยในกิจวัตรประจำวัน และบุคลิกภาพของผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงทำให้ไม่มีความ

รู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน ปัญหาการพูดลำบาก และปัญหาเรื่องความจำบกพร่อง ประกอบกับระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยยาวนานซึ่งให้การดูแล 4 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และให้การดูแลมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานร่วมกับไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาด้านการสื่อสารดังกล่าว อาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ และไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

4. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนข้างไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของกระบวนการคิดและแบบแผนการดำเนินชีวิตในค่านิยมของคนไทย ที่ตระหนักว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเป็นการกตัญญูตักเตือนที่ดีต่อผู้มีพระคุณ ไม่ว่าจะเป็นฐานะบุตรหลาน หรือสามี/ภรรยา นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 จึงไม่เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล และไม่รู้สึกว่า เป็นการเพิ่มขึ้นจากความรับผิดชอบที่มีอยู่ ส่งผลให้ความเครียดจากการกระทำบทบาทหลายด้านพร้อมกันค่อนข้างต่ำ

5. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดโดยรวม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวม ค่อนข้างไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากการดูแล หรือความกดดันจากความรับผิดชอบในบทบาทของผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัย Baby Boomer (พ.ศ. 2475 - 2503) ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะมีชีวิตยืนยาว รับผิดชอบสูง มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน และรู้จักคิด และร้อยละ 97 นับถือศาสนาพุทธ อิทธิพลทางศาสนาที่สอนให้บุคคลมีความกตัญญูตักเตือนที่ดี สอนเรื่องบาปบุญคุณโทษ จึงส่งผลต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลร้อยละ 63 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท

ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้โรคพาร์กินสันจะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงในการซื้อยาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล แต่พบว่าร้อยละ 72 ของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดโดยรวมในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวม แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Lyons, Stewart, Archbold, & Carter, 2009; Tanji, et al., 2008) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirojratana (2002) ที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ คือ

ประการที่ 1 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแล มีช่วงวัยที่หลากหลาย (Mean = 49.38, S.D. = 14.06) ซึ่งในแต่ละช่วงวัยของญาติผู้ดูแลแต่ละคนมีลักษณะแตกต่างกัน กล่าวคือ มีญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วง Generation Y (พ.ศ. 2521 - 2540) 6 คน, Generation X (พ.ศ. 2504 - 2520) 34 คน, Baby Boomer (พ.ศ. 2475 - 2503) 51 คน และกลุ่มสายคราม (เกิดก่อนปี ค.ศ. 2488) 9 คน โดยในแต่ละช่วงวัยจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มคน Generation Y จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ชอบอยู่ในกรอบ และไม่ชอบเงื่อนไข กลุ่มคน Generation X จะมีพฤติกรรมชอบอะไรง่าย ๆ ให้ความสำคัญกับเรื่องความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว (Work-life Balance) กลุ่มคน Baby Boomer จะมีความอดทนและทุ่มเทกับงานที่รับผิดชอบ และกลุ่มสายคราม จะเป็นผู้ที่มีการประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน มีคุณลักษณะที่มั่นคง สู้งานหนัก และรู้จักคิด แสดงให้เห็นว่าอายุหรือระยะพัฒนาการของชีวิตมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและการดำเนินชีวิต ถึงแม้ระดับของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะอยู่ในระดับสูง แต่อาจไม่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้

ประการที่ 2 จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา กลุ่มญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 70.9 ปี แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ทั้งกลุ่มโรคของผู้ป่วย อายุ และเชื้อชาติ ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโส เน้นความแตกต่างกันของอายุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมตะวันตก ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้อาวุโส และมักถือว่าทุกคนถึงแม้จะเป็นญาติแต่มีสิทธิเท่าเทียมกัน ซึ่งแนวคิดของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลนั้น ได้พัฒนามาจากวัฒนธรรมที่มีสิทธิเท่าเทียมกัน แตกต่างจากวัฒนธรรมของไทยที่พบว่า ปรากฏการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ยังมีการเคารพในความเป็นอาวุโส ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78 และผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุทั้งหมด อาจมีอิทธิพลทำให้การรับบทบาทของญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ และเชื่อว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ

นอกจากนี้ยังพบว่า คุณลักษณะของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในคนไทยนั้นยังประกอบไปด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็น

หน้าที่ (Wirojratana, 2002) ประกอบกับเมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม ในขณะนั้นญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจจะมีปริมาณความเครียดลดลงกว่าที่ได้รับจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงเป็นการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ดี เป็นความรับผิดชอบที่พึงกระทำภายใต้ความเคารพและความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัว ถึงแม้จะเป็นบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้ความดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดในบทบาทที่ตนเองได้รับ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวได้ตามความคาดหวัง คือ ผู้ดูแลไม่มีความยากลำบากในการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ความคาดหวังในบทบาท กับ การแสดงบทบาทที่เป็นจริง มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน จึงทำให้ไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำนายนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้พบว่า มีทั้งสนับสนุนสมมติฐานและไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้นความสามารถในการทำนายนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .05, r = -.23, p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ผลการศึกษาที่ได้และสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการสื่อสารและโดยรวมได้ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการปัญหาในการสื่อสารและสถานการณ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยได้จึงมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา (17 - 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 50) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งให้การดูแล 4 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และให้การดูแลมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ช่วงระยะเวลาที่ต้อง

ดูแลผู้ป่วยนี้อาจจะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาทั้งการได้ยิน การพูดลำบาก และความบกพร่องของความจำได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับในขณะนี้ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเพียงคนเดียวในบ้าน ร้อยละ 84 จากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้น มีความจำเป็นต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากเพียงพอจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุณนา, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวัง จึงอาจทำให้ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารได้

และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยรวม กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมสถานการณ์ของการดูแลได้ จึงมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นเป็นพื้นฐานของสถานการณ์การดูแลที่จะช่วยผู้ดูแลได้ ตั้งแต่ความเข้าใจในประสบการณ์การดูแล ช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลให้ปฏิบัติตามการดูแลได้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่รู้สึกอึดอัดแม้สถานการณ์ของการดูแลจะเปลี่ยนไปจากการดูแลตามปกติทุกวัน และทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแลลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล รวมทั้งช่วยลดความเครียดในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (Stewart, & Weiner, 2008) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวังของตนเอง จึงมีผลทำให้ลดความเครียดโดยรวมในบทบาทผู้ดูแลได้

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วงและความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการดูแลโดยตรง ด้านความเป็นห่วง และด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

กล่าวคือ ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ อยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ในช่วงเริ่มต้นถึงช่วงกลางของโรคจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพที่พบยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้น เมื่อมีความแตกต่างกันในลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แต่อาจไม่ส่งผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงได้

ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากความเป็นห่วง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากความเป็นห่วง ($r = -.19$, $p < .05$) (Wirojratana, 2002) และความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Inoue, 1997; Wirojratana, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล (Ford et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marziali, Donahue, & Crossin (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และมีความสำคัญต่อการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Schreurs, Ridder, & Bensing, 2007) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ป่วย

รับบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงแม้จะเกิดความเครียดจากความกังวลใจด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และอาจต้องทำบทบาทหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน แต่ด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงอาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความเสี่ยงทุกรายเนื่องจากจะช่วยบรรเทาความเครียดจากการดูแลและปัญหาด้านการสื่อสาร

1.2 พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ การจัดกิจกรรมกลุ่มของญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์หรือควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ดียิ่งขึ้น และลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมได้

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาให้ครบทุกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย และควรศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยครบทุกระยะการดำเนินโรค อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละระยะการดำเนินโรค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแลให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในทุกระยะการดำเนินโรค

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการดำเนินโรคที่คล้ายคลึงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2553). ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(4) : 297-314.

นงนุช เพ็ชรร่วง, ปณิตดา ปรียทุต และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องไปศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1) : 25-34.

รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. (2550). *โรคพาร์กินสันรักษาได้*. กรุงเทพฯ : ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (บรรณาธิการ). (2553). *คู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคพาร์กินสันสำหรับแพทย์ในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพมหานคร : แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายสมร เฉลยจิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2) : 66-70.

Abendroth, M., Lutz, B. J., & Young, M. E. (2011). Family caregivers' decision process to institutionalize persons with Parkinson's disease: A grounded theory study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 27, 121-129.

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.

- Carter, J. H., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Inoue, I., Jaglin, J. Lannon, M., et al. (1998). Living With a Person Who Has Parkinson's Disease: The Spouse's Perspective by Stage of Disease. *Movement Disorders*, 13(1), 20-28.
- Ford, M., Kallen, M., Richardson, P., Matthiesen, E., Cox, V., Teng, E., et al. (2006). Effect of social support on informed consent in older adults with Parkinson disease and their caregivers., *J Med Ethics*, 34, 41-47.
- Halliday, G.M., McCann, H. (2010). The progression of pathology in Parkinson's disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 188-95.
- Lyons, K. S., Sayer, A. G., Archbold, P. G., Hornbrook, M. C., & Stewart, B. J. (2007). The Enduring and Contextual Effects of Physical Health and Depression on Care-Dyad Mutuality. *Research in Nursing & Health*, 30, 84-98.
- Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Carter, J. H. (2009). Optimism, Pessimism, Mutuality, and Gender: Predicting 10 - Year Role Strain in Parkinson's Disease Spouses. *The Gerontologist*, 49(3), 378-387.
- Marziali, E., Donahue, P., Crossin, G.. (2005). Caring for Others: Internet Health Care Support Interventions for Family Caregivers of Persons With Dementia, Stroke, or Parkinson's Disease. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), 375-383.
- Schreurs, K., De Ridder, D., Bensing, J.. (2007). A one year study of coping, social support and quality of life in parkinson's disease. *J Med Ethics*, 34(1), 109 - 121.
- Stewart, A., Weiner, W.. (2008). *PARKINSON'S DISEASE Diagnosis and Clinical Management*. USA: Demos Medical Publishing.
- Tanji, H., Anderson, K. E., Gruber - Baldini, A. L., Fishman, P. S., Reich, S. G., Weiner, W. J., et al. (2008). Mutuality of the Marital Relationship in Parkinson's Disease. *Movement Disorder*, 23(13), 1843-1849.
- Vernon, G. M. (2009). Parkinson's Disease and the Nurse Practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 195-206.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory*. Doctor of Philosophy, Oregon Health & Science University School of Nursing.