

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วันรับ : 29 มกราคม 2567
วันแก้ไข : 18 พฤษภาคม 2567
วันตอบรับ : 27 พฤษภาคม 2567

กรกานต์ พึ่งน้ำ, พย.ม.¹, จิรากร กันทับทิม, พย.ม.²,
พิชญนันท์ วัฒนวิฑูร, วท.ม.³
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี¹,
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย²,
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

วิธีการ : การสำรวจภาคตัดขวางออนไลน์ในสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 6 เดือน ใช้แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสุข ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck depression inventory-II ใช้สถิติ chi-square และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ และระบุปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 104 คน ร้อยละ 88.5 มีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับช่วงอายุของผู้ดูแล เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การสืบค้นข้อมูลการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ความสุขของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่าปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสุขของผู้ดูแล ($\beta = 0.509, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.181, p = .022$) โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกและลบ ตามลำดับ

สรุป : ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการดูแล ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ควรมีการสร้างเสริมความสุขและสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ความพร้อมในการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้มีภาวะสมองเสื่อม, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : จิรากร กันทับทิม; e-mail: jirakorn.k@stin.ac.th

Original article

Predictive factors of readiness in caring for persons with dementia among members of the Alzheimer's disease and related disorders association

Received : 29 January 2024

Revised : 18 May 2024

Accepted : 27 May 2024

Kornkan Phuengnam, M.N.S.¹, Jirakorn Kuntubtim, M.N.S.²,Pichayanan Wattanawitukul, M.Sc.³Institute of Nursing, Suranaree University of Technology¹,Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing²,Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University³

Abstract

Objective: To investigate associated factors of readiness in caring for persons with dementia among family caregivers.

Methods: An online cross-sectional survey was conducted among purposively selected family caregivers, aged 18 years or older, who had been caring for persons with dementia for at least six months. The research instruments included a demographic questionnaire, the Care Readiness Scale, the Barthel Index for Activities of Daily Living, the Compassion Satisfaction and Fatigue test, and the Beck Depression Inventory-II. Demographic data were presented by using descriptive statistics. Associations were analyzed by using the chi-square test and Spearman's rank correlation. Predictive factors of care readiness were identified by using multiple linear regression.

Results: Of 104 participants completing the survey, 88.5 percent had inadequate care readiness scores. Care readiness was significantly associated with the age of the caregiver, the gender of the person with dementia, and obtaining information about caregiving from online resources. The multiple linear regression demonstrated that the care readiness score was positively predicted by the level of compassion satisfaction in caring ($\beta = 0.509$, $p < .001$) and negatively predicted by the level of functional independence of the person with dementia ($\beta = -0.181$, $p = .022$).

Conclusion: Most caregivers of persons with dementia have inadequate care readiness. Compassion satisfaction of the caregiver and functional independence of the person with dementia could influence care readiness. To prepare for an age-friendly society, it is advisable to foster compassion satisfaction and competence in caring among caregivers and performance level in the daily living of the persons with dementia according to the severity of the condition.

Keywords: care readiness, family caregivers, mental health, persons with dementia

Corresponding author: Jirakorn Kuntubtim; e-mail: jirakorn.k@stin.ac.th

ความรู้เดิม : สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้มีภาวะสมองเสื่อมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากความไม่พร้อมในการดูแล ทั้งนี้การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 88.5 ไม่มีความพร้อมในการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ดูแล ความสุขใจของผู้ดูแล การสืบค้นข้อมูลในการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความสุขใจในการดูแลและศักยภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อการรู้คิด การทำกิจกรรมต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพา¹ ทั่วโลกมีผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนมากขึ้นถึง 152 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยมีการประมาณว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้มีภาวะสมองเสื่อม 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรไทย³

ความพร้อมในการดูแล (care readiness) ของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁴ มีการศึกษาพบว่าความพร้อมในการดูแลและความเครียดจากบทบาทการดูแลร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26.0⁵ รวมถึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 35.4⁶ นอกจากนี้ความบกพร่อง

ต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นความยากลำบากในการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความเหนื่อยหน่าย⁷⁻⁹ ปัจจัยทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเหล่านี้ยังส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเกิดการถดถอยด้านการรู้คิดเร็วขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมก็อาจเป็นประสบการณ์ทางบวกให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจจากความท้าทายที่เกิดขึ้น¹¹

การศึกษาในประเทศไทยของอโนชา ทศนาธนชัย และคณะ¹² ในญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในระดับปานกลาง โดยทัศนคติในการดูแลปัญหาสุขภาพ อายุของญาติผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล และการได้รับการอบรมสามารถร่วมกันอธิบายความพร้อมในการดูแลได้ร้อยละ 40.2 การศึกษาของสมณทาน มั่งมี และคณะ¹³ พบว่าความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในต่างประเทศ การศึกษาของ Ris และคณะ¹⁴ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลร่วมด้วยพบว่า ความสัมพันธ์แบบต่างเกื้อกูล (mutuality) ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

ตามทฤษฎีการดูแลครอบครัว (family care model) ของ Archbold และ Stewart¹⁵ ความพร้อมในการดูแลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์จากการดูแลทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกไม่สุขสบาย คิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย คิดทำร้ายตนเองและไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป¹⁶ 2) ความเหนื่อยล้า (compassion fatigue) หมายถึง ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งทางอารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณ¹⁷ 3) ความเหนื่อยหน่าย (burnout) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการดูแล¹⁷ 4) ความสุขใจ (compassion satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกยินดี พึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการดูแล¹⁷ และ 5) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ใช้เครื่องช่วยพยุงหรือผู้ช่วยเหลือ¹⁸

ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลครอบครัวค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวต่อไป

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional research design) เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 ผ่านโปรแกรมประชาสัมพันธ์พร้อมลิงก์แบบประเมินในเฟซบุ๊ก สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส COA MURA2022/630 วันที่ 26 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลโครงการและให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลทุกคน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปกครอง คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือบุตรของผู้มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อายุ 18 ปีขึ้นไป และให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน คัดเลือกตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากจำนวนสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด 1,300 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก 250 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ทราบขนาดประชากรแน่นอน¹⁹ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

กำหนดตัวแปร $N = 250$
 $Z = 1.96$
 $d = 0.05$
 $p = 0.588$
 $q = 0.412^{13}$

พร้อมกำหนดอัตราการไม่ตอบ (non-response rate) ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 37 ข้อ เช่น อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้ จำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแล ประเภทของภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล แหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และ การใช้เครื่องคิดเลขแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด

2. แบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล (care readiness scale) พัฒนาจากแนวคิดของ Archbold และ Stewart¹⁵ โดยวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ²⁰ จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จาก 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 32 คะแนน แปลผลดังนี้ น้อยกว่า 26 คะแนนหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ และ 26 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความพร้อมในการดูแลเพียงพอ

3. แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for ADL) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา²¹ มีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91²² ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มี 10 ข้อ คำตอบในแต่ละข้อมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0 - 2 หรือ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 12 คะแนนขึ้นไปหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา 9 - 11 คะแนนหมายถึงมีภาวะพึ่งพาปานกลาง 5 - 8 คะแนน

หมายถึงมีภาวะพึ่งพารุนแรง และ 0 - 4 คะแนนหมายถึงมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

4. แบบประเมินความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (compassion satisfaction and fatigue test: CSF) พัฒนาโดย Stamm²³ จำนวน 66 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 - 5 คะแนน ประกอบด้วย ด้านความสุขใจ 26 ข้อ ด้านความเหนื่อยหน่าย 17 ข้อ และด้านความเหนื่อยล้า 23 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา แปลผลตามรายด้าน ดังนี้ ด้านความสุขใจแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 118 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความสุขใจในการดูแลสูงมาก 100 - 117 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจสูง 82 - 99 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจดี 64 - 81 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจปานกลาง และต่ำกว่า 63 คะแนนหมายถึงมีความสุขใจต่ำ ด้านความเหนื่อยหน่ายแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 36 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการดูแลระดับต่ำ 37 - 50 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับปานกลาง 51 - 75 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูง และ 76 - 85 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูงมาก และด้านความเหนื่อยล้าแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 26 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเหนื่อยล้าในการดูแลระดับต่ำมาก 27 - 30 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับต่ำ 31 - 35 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับปานกลาง 36 - 40 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูง และ 41 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงระดับสูงมาก

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory-II: BDI-II) แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ²⁴ มีคำถาม 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 63 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 13 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 14 - 19 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 20 - 28 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 29 - 63 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ภายหลังขั้นตอนการยื่นขออนุญาตใช้และปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย จึงมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความพร้อมในการเตรียมตัวของผู้ดูแล และแบบประเมินความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย และความเหนื่อยล้าในการดูแลของผู้ดูแลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 และ 0.87 ตามลำดับ ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำแล้ว ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 เท่ากัน ทั้งนี้แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาทดสอบความตรงและความเที่ยงอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรกลุ่มกับระดับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ Fisher's exact test กรณีพบว่ามากกว่าร้อยละ 20.0 ของจำนวนเซลล์มีค่า expected value น้อยกว่า 5

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นระยะที่ 1 ของการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาตัวแปรที่แก้ไขได้และมีอิทธิพลสูงสุดต่อความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการดูแลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงได้นำตัวแปรเหล่านี้

มาวิเคราะห์สมมติฐานสหสัมพันธ์และคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน โดยนำตัวแปรลักษณะข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลมาควบคุม และเพื่อป้องกันการเกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป (multicollinearity) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยการคำนวณค่า variance inflation factor (VIF) โดยตัวแปรอิสระที่มีค่า VIF น้อยกว่า 10 สามารถนำเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยได้

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 104 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 45.26 ปี (SD = 9.85) เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.2 อาศัยอยู่ในภาคกลางมากที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ มีสถานะโสดร้อยละ 58.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50.0 มีรายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 55.8 มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพร้อยละ 51.0 มีหนี้สินร้อยละ 18.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.3 โรคที่พบมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.4, 11.7 และ 6.3 ตามลำดับ ด้านการดูแลพบว่า ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 4.21 ปี ระยะเวลาการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 13 ชั่วโมงต่อวัน 5.75 วันต่อสัปดาห์ ให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 1 คนร้อยละ 93.3 ให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปร้อยละ 6.7 ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มากกว่า 3 คนร้อยละ 22.1 ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.4 และ 95.2 ตามลำดับ สำหรับแหล่งข้อมูลในการดูแลที่ผู้ดูแลนำมาใช้มากที่สุดคือแหล่งข้อมูลออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 88.5 รองลงมาคือคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล จากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.0 โดย Facebook, YouTube และเว็บไซต์เป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่ผู้ดูแลสืบค้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.7, 49.0 และ 44.2 ตามลำดับ

ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 76.75 ปี (SD = 10.28) เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.0 มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ดูแลร้อยละ 77.9 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ

สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 67.3 และมีโรคร่วมอื่น ร้อยละ 80.8

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล เพศของผู้มี ภาวะสมองเสื่อม และการสืบค้นข้อมูลในการดูแลจากแหล่งข้อมูล ออนไลน์ ดังตารางที่ 1

ผู้ดูแลร้อยละ 88.5 มีคะแนนความพร้อมในการดูแล อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอ โดยด้านที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับมือกับความตึงเครียดระหว่างการดูแล เฉลี่ย 2.00 คะแนน (SD = 0.99) การช่วยเหลือดูแลทางอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม เฉลี่ย 2.16 คะแนน (SD = 0.98) และการรับมือ กับสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นได้ เฉลี่ย 2.19 คะแนน (SD = 0.94) ดังตารางที่ 2

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า มีคะแนน ความสุขใจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.2 มีความเหนื่อยหน่ายอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูงร้อยละ 6.7 มีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ มากที่สุดร้อยละ 26.9 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.1 สำหรับระดับความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ไม่มีภาวะพึ่งพาร้อยละ 66.3 ขณะที่ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 20.2

เนื่องจากภายหลังการทดสอบ normality distribution ด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าค่าคะแนนความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยหน่าย และภาวะซึมเศร้า มีค่า p น้อยกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลดังกล่าวมีการแจกแจง แบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบ non-parametric คือ การทดสอบสมมติฐานสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่มีตัวแปรอิสระสัมพันธ์กันในระดับมาก ($r > .80$) ดังตารางที่ 3

การทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า tolerance เข้าใกล้ 1 และมีค่า VIF ไม่เกิน 10 ดังตารางที่ 4 ดังนั้นตัวแปรอิสระจึงไม่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 104)

	รวม		ความพร้อมในการดูแล				p
			ไม่เพียงพอ (n = 92)		เพียงพอ (n = 12)		
	n	%	n	%	n	%	
ข้อมูลด้านผู้ดูแล							
อายุ (mean ± SD = 45.26 ± 9.85 ปี)							.044 ^b
19 - 35 ปี	23	22.1	23	100.0	0.0	0.0	
36 - 59 ปี	72	69.2	60	83.3	12	16.7	
60 ปีขึ้นไป	9	8.7	9	100.0	0	0.0	
เพศ							.613 ^b
ชาย	6	5.8	6	100.0	0	0.0	
หญิง	97	93.2	85	87.6	12	12.4	
ไม่ระบุ	1	1.0	1	100.0	0	0.0	
สถานภาพสมรส							.202 ^b
โสด	61	58.7	57	93.4	4	6.6	
สมรส	40	38.5	32	80.0	8	20.0	
หย่า	2	1.9	2	100.0	0	0.0	
แยกกันอยู่	1	1.0	1	100.0	0	0.0	
ระดับการศึกษา							.833 ^b
ประถมศึกษา	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
มัธยมศึกษา	44	42.3	39	88.6	5	11.4	
ปริญญาตรี	52	50.0	46	88.5	6	11.5	
ปริญญาเอก	3	2.9	3	100.0	0	0.0	
ความเพียงพอของรายได้							.180 ^b
เพียงพอ	53	51.0	47	88.7	6	11.3	
เพียงพอและเหลือเก็บ	21	20.2	17	81.0	4	19.0	
ไม่เพียงพอ	11	10.6	9	81.8	2	18.2	
มีหนี้สิน	19	18.3	19	100.0	0	0.0	
โรคประจำตัว							.893 ^a
มี	44	42.3	39	88.6	5	11.4	
ไม่มี	60	57.7	53	88.3	7	11.7	
ดื่มสุรา							.958 ^a
ดื่ม	10	9.6	9	90.0	1	10.0	
ไม่ดื่ม	94	90.4	83	88.3	11	11.7	
สูบบุหรี่							.481 ^a
สูบ	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
ไม่สูบ	99	95.2	88	88.9	11	11.1	
จำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้การดูแล							.322 ^a
1 คน	97	93.3	85	87.6	12	12.4	
2 คนขึ้นไป	7	6.7	7	100.0	0	0	
ระยะเวลารวมในการดูแลทั้งหมดที่ผ่านมา (mean ± SD = 4.21 ± 2.79 ปี)							.847 ^b
6 เดือน - 5 ปี	78	75.0	69	88.5	9	11.5	
6 - 10 ปี	21	20.2	18	85.7	3	14.3	
10 ปีขึ้นไป	5	4.8	5	100.0	0	0.0	
ระยะเวลาปฏิบัติการดูแล							.323 ^a
1 - 8 ชั่วโมง/วัน	34	32.7	32	94.1	2	5.9	
9 - 16 ชั่วโมง/วัน	37	35.6	30	81.1	7	18.9	
17 - 24 ชั่วโมง/วัน	33	31.7	30	90.9	3	9.1	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 104) (ต่อ)

	รวม		ความพร้อมในการดูแล				p
			ไม่เพียงพอ (n = 92)		เพียงพอ (n = 12)		
	n	%	n	%	n	%	
จำนวนสมาชิกในครอบครัวอื่นที่ต้องให้การดูแล							.555 ^a
0 คน	35	33.7	30	85.7	5	14.3	
1 คน	19	18.3	18	94.7	1	5.3	
2 คน	18	17.3	17	94.4	1	5.6	
3 คน	9	8.6	7	77.8	2	22.2	
มากกว่า 3 คน	23	22.1	20	87.0	3	13.0	
แหล่งข้อมูลในการดูแล							
คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล							.478 ^a
ใช่	78	75.0	68	87.2	10	12.8	
ไม่ใช่ (ศึกษาด้วยตนเอง)	26	25.0	24	92.3	2	7.7	
แหล่งข้อมูลออนไลน์							.012a
ใช่	92	88.5	84	91.3	8	8.7	
ไม่ใช่	12	14.4	8	66.7	4	33.3	
ข้อมูลด้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม							
อายุ (mean ± SD = 76 ± 10.28 ปี)							.194 ^b
60 - 74 ปี	34	32.7	33	97.1	1	2.9	
75 - 90 ปี	65	62.5	54	83.1	11	16.9	
91 - 100 ปี	5	4.8	5	100.0	0	0.0	
เพศ							.004 ^b
ชาย	25	24.0	20	80.0	5	20.0	
หญิง	79	76.0	72	91.1	7	8.9	
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล							.550 ^a
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	8	7.7	8	100.0	0	0	
บิดา/มารดา	81	77.9	72	88.9	9	11.1	
สามี/ภรรยา	5	4.8	4	80.0	1	20.0	
ลุง/ป้า/น้า/อา	10	9.6	8	80.0	2	20.0	
ประเภทของโรคสมองเสื่อม							.497 ^a
อัลไซเมอร์	70	67.3	63	90.0	7	10.0	
ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ	16	15.4	14	87.5	2	12.5	
โรคหลอดเลือดสมอง	10	9.6	8	80.0	2	20.0	
ความผิดปกติของสมองส่วนหน้าและข้าง	4	3.8	4	100.0	0	0.0	
พาร์กินสัน	2	1.9	1	50.0	1	50.0	
เลวีบอดี	2	1.9	2	100.0	0	0.0	
ระยะเวลาที่เป็นสมองเสื่อนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (mean ± SD = 4.87 ± 4.68 ปี, n = 98)							.637 ^b
1 - 5 ปี	65	62.5	57	87.7	8	12.3	
6 - 10 ปี	30	28.8	28	93.3	2	6.7	
10 ปีขึ้นไป	3	2.9	3	100.0	0	0.0	
โรคร่วม (n = 103)							.408 ^a
ไม่มี	20	19.2	18	90.0	2	10.0	
1 โรค	28	26.9	23	82.1	5	17.9	
2 โรค	20	19.2	18	90.0	2	10.0	
3 โรค	18	17.3	16	89.9	2	11.1	
มากกว่า 3 โรค	17	16.3	16	94.1	1	5.9	

^a: Pearson chi-square, ^b: Fisher-freeman-halton exact test

ตารางที่ 2 ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน

ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
การช่วยเหลือดูแลทางร่างกาย	2.27	1.08	ปานกลาง
การช่วยเหลือดูแลทางอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรม	2.16	0.98	ปานกลาง
การค้นหาความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อม	2.52	0.88	ปานกลาง
การรับมือกับความตึงเครียดระหว่างการดูแล	2.00	0.99	ปานกลาง
ความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นไปด้วยดีทั้งสำหรับตัวท่านและครอบครัว	2.34	0.88	ปานกลาง
การรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นได้	2.19	0.94	ปานกลาง
การขอความช่วยเหลือหรือขอข้อมูลจากหน่วยงานที่ให้การดูแล	2.57	0.96	ปานกลาง
ความพร้อมที่จะดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	2.31	0.88	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสุขใจ ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า

	ความพร้อมในการดูแล	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ความสุขใจ	ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยล้า	ภาวะซึมเศร้า
ความพร้อมในการดูแล	1					
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-.328**	1				
ความสุขใจ	.609**	-.194*	1			
ความเหนื่อยหน่าย	-.475**	.127	-.627**	1		
ความเหนื่อยล้า	-.306**	.062	-.348**	.790**	1	
ภาวะซึมเศร้า	-.398**	.148	-.569**	.708**	.708**	1

* p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการวิเคราะห์ tolerance และ variance inflation factor

ตัวแปร	tolerance	VIF
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.942	1.061
ความสุขใจ	.538	1.860
ความเหนื่อยหน่าย	.251	3.985
ความเหนื่อยล้า	.285	3.511
ภาวะซึมเศร้า	.408	1.061

VIF = variance inflation factor

ความสัมพันธ์กัน (no multicollinearity) และสามารถนำทุกตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณได้

เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรเข้าสมการการวิเคราะห์โดยควบคุมด้วยเพศและอายุของผู้ดูแล พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจทำนายความพร้อมในการดูแลได้มากที่สุดคือความสุขใจของผู้ดูแล ($\beta = 0.509$, $p < .001$) รองลงมาคือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

($\beta = -0.181$, $p = .022$) ส่วนตัวแปรความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความพร้อมในการดูแลได้ร้อยละ 44.4 ($R^2 = 0.444$) ส่วนอีกร้อยละ 55.6 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่ไม่อยู่ในสมการ

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 104)

	B*	95% CI of B	β^*	T	p-value
ค่าคงที่	14.011	8.824, 19.199		5.360	< .001
ความสุขใจ	0.121	0.072, 0.169	0.509	4.952	< .001
ความเหนื่อยหน่าย	-0.040	-0.161, 0.080	-0.099	-0.661	.510
ความเหนื่อยล้า	-0.019	-0.106, 0.069	-0.059	-0.420	.675
ภาวะซึมเศร้า	0.001	-0.116, 0.167	0.001	0.007	.995
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-0.165	-0.306, -0.025	-0.181	-2.332	.022

$R^2 = 0.444$, Adjusted $R^2 = 0.415$, * ควบคุมด้วยตัวแปรเพศและอายุของผู้ดูแล

วิจารณ์

การศึกษานี้สำรวจความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ทั้งนี้สมาคมฯ เป็นองค์กรที่มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแก่สมาชิกเป็นประจำ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานเฉพาะทางมีความรู้สึกรับภาระโดยรวมในระดับน้อย²⁵ ต่างจากผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่มีความเครียดในระดับสูงถึงร้อยละ 48.8²² โดยความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล¹³ จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในหน่วยงานระดับปฐมภูมิเพิ่มเติม

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์โดยกำหนดอัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 10.0 แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามสมบูรณ์มีเพียงร้อยละ 62.3 ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพของผลงานวิจัย²⁶ ทั้งนี้การศึกษาของ Daikeler และคณะ²⁷ พบว่าการทำแบบสอบถามออนไลน์ได้รับการตอบกลับน้อยกว่ารูปแบบอื่นถึงร้อยละ 12.0 ส่วนการวิเคราะห์ห่อถักของ Wu และคณะ²⁸ พบว่าแบบสอบถามออนไลน์มีอัตราการตอบกลับเฉลี่ยร้อยละ 44.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายรวมทั้งสามารถเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะได้ง่ายขึ้น²⁹ ทั้งนี้การเพิ่มอัตราการตอบกลับสามารถทำได้โดยการแจ้งทางอีเมล เช่น การเชิญชวน การแจ้งเตือนล่วงหน้า การแจ้งเตือนเป็นระยะ การพัฒนาแบบสอบถามให้เข้าถึงง่ายและใช้เวลาการตอบไม่เกิน 10 นาที รวมทั้งการเพิ่มสิ่งจูงใจ เช่น การแจกรางวัลในการเข้าร่วม³⁰

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.5 มีความพร้อมในการดูแลที่ไม่เพียงพอโดยผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พบว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง³¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย อุปสรรคในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแล และเครือข่ายสนับสนุนล้วนส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล³² อีกทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย การเพิ่มพูนทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติและอาการทางจิตที่พบบ่อย รวมทั้งการสนับสนุนแนวทางการจัดการความเครียดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช³³

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความพร้อมในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังออกจากโรงพยาบาลของ Septianingrum และคณะ³⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความพร้อมในการดูแลในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลในช่วงวัยนี้มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหลายด้านรวมทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระ

ในการดูแล³⁵ ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงควรได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมร่วมด้วยเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระซึ่งจะส่งผลให้มีระดับความพร้อมในการดูแลที่ดีขึ้น^{36,37} นอกจากนี้การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของ Petruzzo และคณะ³⁸ พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความพร้อมในการดูแลน้อยเนื่องจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพ จึงควรมีการดูแลผู้ดูแลวัยสูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพในชุมชน³⁹

เพศของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Podcasz และ Epperson⁴⁰ ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้บ่อยกว่าซึ่งส่งผลกระทบต่อารดูแล⁴¹ นอกจากนี้ Beam และคณะ⁴² พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีอายุที่ยืนยาวมากกว่าเพศชายซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่ซับซ้อน อีกทั้ง Sourial และคณะ⁴³ พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีการรู้คิดที่ถดถอยและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย รวมทั้งเพศหญิงเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือด้านความรู้ การเงิน และสังคมน้อยกว่าเพศชาย จึงอาจส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมีความต้องการการดูแลที่มากกว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพศชาย

ผู้ดูแลเพศหญิงร้อยละ 12.4 มีความพร้อมเพียงพอในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ขณะที่ผู้ดูแลเพศชายทั้งหมดมีความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ris และคณะ¹⁴ ที่พบว่าเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล โดยเพศหญิงมีความพร้อมในการดูแลมากกว่าเพศชาย และมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมักให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานานและมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความเครียดทางร่างกายและจิตใจระดับสูงมากกว่าเพศชาย^{44,45} ผู้ดูแลเพศชายมักให้การดูแลโดยใช้อารมณ์น้อยกว่าเพศหญิงซึ่งอาจช่วยลดความเครียดได้⁴⁶ อีกทั้งผู้ดูแลเพศชายมักไม่ค่อยแสวงหาการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลอย่างเป็นทางการ⁴⁷ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีผู้ดูแลเพศชายเพียงร้อยละ 5.8

ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลต่อความพร้อมในการดูแลได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเพศเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผลการทดสอบทางสถิติ

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 88.5 สืบค้นข้อมูลการดูแลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang และคณะ⁴⁸ ที่พบว่าร้อยละ 57.0 ของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์เพื่อสืบค้นและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลระหว่างกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์มีความพร้อมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์ (ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pleasant และคณะ⁴⁹ ที่พบว่าการอบรมสมรรถนะในการดูแลแก่ผู้ดูแลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบออนไลน์ช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลได้ ทั้งนี้การศึกษานี้สอบถามข้อมูลของผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่เลือกใช้เท่านั้น แต่ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของแหล่งข้อมูลที่สืบค้น จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป รวมทั้งควรมีการพัฒนาสื่อออนไลน์ให้เป็นคลังความรู้ทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ความสุขของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pulsford และคณะ⁵⁰ ที่ระบุว่าความสุขเป็นหนึ่งในคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยความเข้าใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมนำไปสู่การแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ดูแลและสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानงานวิจัย 717 เรื่องของ Liao และคณะ⁵¹ ที่พบว่าระดับความสุขและความเหนื่อยล้าส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ระบุว่าบุคคลมีกลวิธีการเผชิญการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวที่แตกต่างกัน โดยการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วัฒนธรรม ความเชื่อ และ

ทัศนคติทางบวก ตลอดจนการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการ (developing confidence and coping) ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม⁵² โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของ Lee⁵³ พบว่าความสุขหรือประสบการณ์ทางบวกระหว่างการดูแลหมายถึงการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ทำโดยไม่ใช่วิธีและเป็นโอกาสที่ดีที่จะสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ดังนั้นแม้มีความเหนื่อยล้าหรือความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นระหว่างการดูแล แต่หากผู้ดูแลเข้าใจการเจ็บป่วยและให้ความหมายแก่การดูแลในเชิงบวกแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเตรียมพร้อมและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ผู้ดูแลจะมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มพึ่งพาปานกลางและรุนแรงตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์มักมีการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้น้อย การดูแลจึงเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่⁵⁴ ขณะที่ปัญหาการพลัดหลงรวมทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์มักพบลดลง⁵⁵ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าการให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลโดยตรง เช่น ภาระการดูแลที่หนักเกินรับมือ การรู้สึกเหมือนถูกกักขัง และภาวะซึมเศร้า⁵⁴ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลที่หลากหลายและสอดคล้องกับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁵²

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 72.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ใกล้เคียงกับการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 66.7 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย⁵⁷ อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่

พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระและการละทิ้งผู้มีภาวะสมองเสื่อม⁵⁶ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจึงไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษารังนี้มิจุดแข็งคือการสำรวจตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลทั้งด้านผู้ดูแลและด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถนำผลการศึกษามาวางแผนเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลโดยการพัฒนาหลักสูตรการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และระยะของการดำเนินโรคของผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่มักเกิดขึ้นบ่อยระหว่างการดูแล โดยเพิ่มทางเลือกของรูปแบบการอบรมให้กับผู้ดูแลทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบออนไลน์ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ช่องทางออนไลน์ในการสืบค้นเพื่อหาข้อมูลการดูแล 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสร้างความสุขใจ การเผชิญความเครียดในระหว่างการดูแล และการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลวัยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเช่นเดียวกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เช่น การใช้สื่อและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติจริงที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงประชากรทุกกลุ่ม

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ 1) ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการศึกษาระยะยาว และการแบ่งกลุ่มตามปัจจัยที่ต้องการศึกษาเพื่อแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationships) ที่ชัดเจน 2) ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย นอกเหนือจากการใช้แบบประเมินรายงานตนเองเพื่อเพิ่มความถูกต้องของวินิจฉัย และ 3) ควรมีการเก็บข้อมูลประเภทและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม

สรุป

สมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความสุขใจของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงควรเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจและการเสริมสร้างทักษะการดูแลตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปัจจุบันและอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้คำแนะนำในการศึกษานี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ได้แก่ อาจารย์วีรธรณ พงศ์พิพัฒน์ ตำแหน่งอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจารย์ไพบรียา ชำนาญคำ ตำแหน่งนักจิตวิทยา และอาจารย์นุสบา เสริมรัตนวิศิษฐ์ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

กรกานต์ พึ่งน้ำ : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลการวิจัย เขียนและแก้ไขต้นฉบับบทความวิจัย ; จิรากร กันทับทิม : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปอภิปรายผลการวิจัย แก้ไขและดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัย ; พิษยนันท์ วัฒนวิทูกร : ออกแบบและจัดทำโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bieber A, Nguyen N, Meyer G, Stephan A. Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):88. doi:10.1186/s12913-018-3825-z.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2019: attitudes to dementia. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>
3. Department of Older Persons. Older statistics. [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2020 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
4. Marx KA, Marx KA, Parker LJ, Huang J, Scerpella D, Rose K, et al. Family caregiver readiness: racial differences and reliability of the caregiver readiness scale. *Innov Aging.* 2019;3(Suppl 1):S182. doi:10.1093/geroni/igz038.649.
5. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018;19(1):191-200.
6. Hiransaroj B, Wirojratana V, Vongsirimas N, Senanarong V. Factors influencing depressive symptoms in caregivers of older adults with dementia. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2020;35(2):85-98.
7. Ying J, Yap P, Gandhi M, Liew TM. Validity and utility of the center for epidemiological studies depression scale for detecting depression in family caregivers of persons with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2019;47(4-6):323-34. doi:10.1159/000500940.
8. Day JR, Anderson RA. Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nurs Res Pract.* 2011;2011:408024. doi:10.1155/2011/408024.
9. Hiyoshi-Taniguchi K, Becker CB, Kinoshita A. What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout? *Clin Gerontol.* 2018;41(3):249-54. doi:10.1080/07317115.2017.1398797.
10. Norton MC, Clark C, Fauth EB, Piercy KW, Pfister R, Green RC, et al. Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer's disease. The cache county dementia progression study. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(10):1629-37. doi:10.1017/S1041610213001105.
11. Yu DSF, Cheng ST, Wang J. Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: an integrative review of research literature. *Int J Nurs Stud.* 2018;79:1-26. doi:10.1016/j.nurstu.2017.10.008.
12. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, chonburi province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(2):106-21.

13. Mangmee S, Monkong S, Sutti N. Relationships between mutuality, preparedness, and predictability to care, and caregiver role strain from caregiving activities for older people with dementia. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2021;36(3):151-64.
14. Ris I, Volken T, Schnepf W, Mahrer-Imhof R. Exploring factors associated with family caregivers' preparedness to care for an older family member together with home care nurses: an analysis in a Swiss urban area. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221103961. doi:10.1177/21501319221103961.
15. Archbold PJ, Stewart BJ. Family caregiving inventory [unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
16. Lueboonthavatchai O. Health counseling. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
17. Stamm BH. The concise ProQOL manual. 2nd ed. Pocatelto: ProQOL.org; 2010.
18. Pekalee A, Vatanasomboon P. The limited activities of daily living (ADLs) among Thai older adults: evidence from the 2017 national survey of older persons in Thailand. *Thai Journal of Health Education*. 2021;44(1):49-59.
19. Kijpredarborisuthi B. Social sciences research methodology. Bangkok: Chamchuree products co.,ltd.; 2008.
20. Wirojratana V, Amnatsatsue K, Sasa S, Malathum P, Narongsak J. Improvement of healthcare services for dependent elders. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2014;29(3):104-15.
21. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: Department of Medical Services; 2007.
22. Nakayama G, Masumoto S, Haruta J, Maeno T. Association between family caregivers' primary care experience when they report as patients and their stress related to caregiving: a pilot cross-sectional study. *J Gen Fam Med*. 2023;24(4): 231-9. doi:10.1002/jgf2.631.
23. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. Hove: Brunner-Routledge; 2002.
24. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppakitiporn S, Pattalung AS, et al. Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:11. doi:10.1186/1745-0179-5-11.
25. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. *Journal of Nursing Science & Health*. 2015;38(2):54-64.
26. Hox JJ, De Leeuw ED. A comparison of nonresponse in mail, telephone, and face-to-face surveys-Appling multilevel modeling to meta-analysis. *Quality & Quantity*. 1994;28:329-34. doi:10.1007/BF01097014.
27. Daikeler J, Bošnjak M, Manfreda KL. Web versus other survey modes: an updated and extended meta-analysis comparing response rates. *J Surv Stat Methodol*. 2020;8(3):513-39. doi:10.1093/jssam/smz008.
28. Wu MJ, Zhao K, Fils-Aime F. Response rates of online surveys in published research: a meta-analysis. *Comput Hum Behav Rep*. 2022;7:100206.
29. Wright KB. Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2005;10(3): 1034. doi: 10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.
30. Sammut R, Griscti O, Norman I. Strategies to improve response rates to web surveys: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;123(1):104058. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104058.
31. Piriyaarachai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(Supplement Issue):231-40.
32. Yangyoo P, Jankhum S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisalsarakij D, Pengsorn N, et al. Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2017;16(2-3):57-69.
33. Intaput P, Lawang W, Tassanatanachai A, Suksawat S, Sunsern R. The needs of Thai family caregivers and their readiness to provide care for people with psychosis: a qualitative approach. *Journal of Health Research*. 2023;37(5):326-32.
34. Septianingrum Y, Yusuf A, Widyawati IY, Sari RY, Wardani EM, Musfirah NR, et al. Factors associated with family caregiver readiness to care for post-stroke patients after hospital discharge. *Discov Soc Sci Health*. 2024;4(4). doi:10.1007/s44155-024-00064-6.
35. Koumoutzis A, Cichy KE, Dellmann-Jenkins M, Blankemeyer M. Age differences and similarities in associated stressors and outcomes among young, midlife, and older adult family caregivers. *Int J Aging Hum Dev*. 2021;92(4):431-49. doi:10.1177/0091415020905265.
36. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert L, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia – a systematic literature review. *BMC Geriatrics*. 2021;21:94. doi:10.1186/s12877-021-02020-4.

37. Qui L, Tachaudomdach C, Srirat C. Correlation Between Burden and Preparedness for Caregiving Among Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis in the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, the People's Republic of China. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2022;14(2):284-294.
38. Petruzzo A, Paturzo M, Buck HG, Barbaranelli C, D'Agostino F, Ausili D, Alvaro R, Vellone E. Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. *Research in Nursing & Health*. 2017;40(5):470-478. doi:10.1002/nur.21811.
39. Petry SE, Lara L, Boucher NA. Older Caregivers: Who They Are and How to Support Them. *Journal of Aging & Social Policy*. 2022;1-14. doi:10.1080/08959420.2022.2051683.
40. Podcasy JL, Epperson CN. Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):437-46. doi:10.31887/DCNS.2016.18.4/cepperson.
41. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *BJ Psych*. 2009;194:212-219. doi:10.1192/bjp.bp.108.049619.
42. Beam CR, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds CA, Pedersen NL, Gatz M. Differences between women and men in incidence rates of dementia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2018;64(4):1077-83. doi:10.3233/JAD-180141.
43. Sourial N, Arsenault-Lapierre G, Margo-Dermer E, Henein M, Vedel I. Sex differences in the management of persons with dementia following a subnational primary care policy intervention. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):175. doi:10.1186/s12939-020-01285-2.
44. Pillemer S, Davis J, Tremont G. Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging Ment Health*. 2018;22(9):1156-61. doi:10.1080/13607863.2017.1337718.
45. Gilmore-Bykovskiy A, Johnson R, Walljasper L, Block L, Werner N. Underreporting of gender and race/ethnicity differences in NIH-funded dementia caregiver support interventions. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2018;33(3):145-52. doi:10.1177/1533317517749465.
46. Baker KL, Robertson N, Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: masculinity, strain and gain. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):319-27. doi:10.1080/13607860903228788.
47. Baker KL, Robertson N. Coping with caring for someone with dementia: reviewing the literature about men. *Aging Ment Health*. 2008;12(4):413-22. doi:10.1080/13607860802224250.
48. Tang AY, Kwak J, Xiao L, Xie B, Lahiri S, Flynn OA, Murugadass A. Online Health Information Wants of Caregivers for Persons With Dementia in Social Media. *Sage Open*. 2023;13(4):1-12. doi:10.1177/21582440231205367.
49. Pleasant M, Molinari V, Dobbs D, Meng H, Hyer K. Effectiveness of online dementia caregivers training programs: a systematic review. *Geriatric Nursing*. 2020;41(6):921-935. doi:10.1016/j.gerinurse.2020.07.004.
50. Pulsford D, Duxbury J, Carter B. Personal qualities necessary to care for people with dementia. *Nurs Stand*. 2016;30(37):38-44. doi:10.7748/ns.30.37.38.s40.
51. Liao X, Wang J, Zhang F, Luo Z, Zeng Y, Wang G. The levels and related factors of compassion fatigue and compassion satisfaction among family caregivers: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Geriatr Nurs*. 2022;45:1-8. doi:10.1016/j.gerinurse.2022.02.016.
52. Phoodaangau B. Transition theory: its application to family nursing care. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2013;28(4):107-20.
53. Lee JH. Exploring family caregivers' subjective experience of positive aspects in home-based elder caregiving: from Korean family caregivers' experience. *Int J Soc Sci Stud*. 2020;8(4):176. doi:10.11114/ijss.v8i4.4876.
54. Jia J, Xu J, Liu J, Wang Y, Wang Y, Cao Y, et al. Comprehensive management of daily living activities, behavioral and psychological symptoms, and cognitive function in patients with Alzheimer's disease: a Chinese consensus on the comprehensive management of Alzheimer's disease. *Neurosci Bull*. 2021;37(7):1025-38. doi:10.1007/s12264-021-00701-z.
55. Altomari N, Bruno F, Laganà V, Smirne N, Colao R, Curcio S, et al. A comparison of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and BPSD sub-syndromes in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2022;85(2):691-9. doi:10.3233/JAD-215061.
56. Boonchuwong O, Sanaha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017;35(3):46-57.
57. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. a systematic literature review. *Maturitas*. 2010;66(2):191-200. doi:10.1016/j.maturitas.2010.02.009.