



คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมิน การการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช

อรวรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.¹

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ประด.²

รศ.สุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพแบบประเมินการการดูแล Zarit ฉบับภาษาไทยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ แปลแบบประเมินการการดูแล Zarit ฉบับ 22 ข้อ และทดสอบเฉพาะฉบับ 12 ข้อ ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3 กลุ่มโรคคือจิตเภท สมอลเสื่อม และลมชัก ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกเพื่อตอบแบบประเมิน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม – ตุลาคม ๒๕๕๗ ประเมินคุณภาพเครื่องมือด้วยการสำรวจและยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างด้วยโปรแกรม Mplus ความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) และความสอดคล้องภายในด้วย Cronbach's alpha

ผล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 355 คน จำแนกเป็นผู้ดูแลโรคจิตเภท สมอลเสื่อมและลมชัก จำนวน 203, 101 และ 51 คนตามลำดับ มีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 9.3 ปี โมเดลการวัดแบบประเมินจำแนกเป็น 3 มิติคือ ผลกระทบ (ข้อ 1, 7-10) ความเครียด (ข้อ 2 - 6) และความรู้สึกเอาใจใส่ (ข้อ 11, 12) โดยที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้หลังจากปรับค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม ค่าน้ำหนักปัจจัยอยู่ในเกณฑ์ดีระหว่าง 0.75 – 0.95 แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับ 0.88

สรุป แบบประเมินการการดูแล Zarit ภาษาไทยฉบับ 12 ข้อ มีคุณสมบัติทางจิตวิทยา คือความตรงเชิงโครงสร้าง ความสอดคล้องภายในระดับดีมาก ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปใช้ประเมินการการดูแลได้ โดยมีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมิน HAD

คำสำคัญ : คุณสมบัติทางจิตวิทยา ผู้ป่วยจิตเวช การการดูแล

¹ โรงพยาบาลศรีธัญญา

² คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers

Orawan Silpakit, M.D.¹

Chatchawan Silpakit, Ph.D.²

Rossukon Chomchuen, MA.¹

Abstract

Objective To evaluate the psychometric property of the Thai version of Zarit Burden Interview (ZBI) in psychiatric caregivers.

Materials and methods There were 2 steps. First, translation the English version into Thai with permission from The Mapi Research Institute. Then, psychometric tests were carried out in family caregivers of schizophrenia, dementia and epilepsy patients attending Srithanya Hospital. Structural validity by exploratory and confirmatory structure analysis was analyzed by using Mplus. Pearson's correlation was analyzed to validate the concurrent validity with the Hospital Anxiety Depression Scale (HAD).

Results There were 355 family caregivers of psychiatric cases divided into schizophrenia, dementia and epilepsy as 203, 101 and 51 respectively. The measurement model consisted of 3 domains namely impact (item 1, 7-10) stress (item 2 - 6) and care (item 11&12) The goodness of fit indices were acceptable after adjusted model. Factor loadings were between 0.75 – 0.95. Cronbach's alpha was excellence at 0.88

Conclusion The Thai version of 12 item-ZBI had 3 dimensional structure with an excellence internal consistency that could be evaluated burden of family caregivers of psychiatric patients. It had moderate significant correlation with the HAD.

Key words : burden, psychometric, psychiatry, Zarit

¹ Srithanya Hospital

² Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

ในอดีตแนวทางการสร้างข้อคำถามการประเมินภาระการดูแลจะแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (subjective burden) คือผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงหรือถูกกระทำเนื่องจากความต้องการของผู้รับการดูแล กับ ภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัยหรือปรนัย (objective burden) คือผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล¹ ภาระการดูแลควรหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ถึงสภาวะร่างกาย อารมณ์สังคม จิตวิญญาณต้องได้รับผลกระทบเพราะการดูแลสมาชิกในครอบครัว Lawton แนะนำว่าให้มีความหมายที่กว้างขวางขึ้นโดยให้รวมถึง การประเมินด้านการรู้คิดและอารมณ์ที่อาจจะทำให้เกิดความเครียด และการปรับตัวเข้าหาตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านั้น² แบบประเมินภาระผู้ดูแล ปัจจุบันที่ใช้แพร่หลายต่างวัฒนธรรมได้แก่ Zarit Burden Interview (ZBI), Care Giver Reaction assessment และ Caregiver Burden Inventory (CGBI) แต่ที่นิยมมากที่สุดคือ ZBI โดยที่ต้นฉบับเดิมมี 29 ข้อ มีการแปลหลายภาษา³ นำไปใช้กว้างขวางทั้งฉบับเต็ม 22 ข้อ 18 ข้อ หรือฉบับสั้น 12 ข้อ ส่วนการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง ZBI ฉบับ 12 ข้อ ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติ พบว่าจำแนกเป็น 2 มิติ โดยที่ข้อคำถาม 1-9 จะมีน้ำหนักในตัวประกอบที่เรียกว่า ความคับข้องส่วนบุคคล (personal strain) ส่วนข้อ 11 และ 12 อยู่ในตัวประกอบความคับข้องด้านบทบาท (role strain)⁴ โดยที่ข้อ 10 มีน้ำหนักของปัจจัยไปทั้ง 2 ด้าน

ในประเทศไทยมีการแปล ZBI ฉบับ 22 ข้อ และศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลโรคทางกาย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่ง

มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบคือความเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติไม่แน่นอน⁵ ส่วนการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุประยุกต์ ZBI จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินภาระการดูแลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลแต่ไม่ได้มุ่งเน้นการศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือ⁶ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมิน ZBI ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไทย เช่น ผู้ป่วยจิตเภทสมองเสื่อม และ ลมชักซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์คุณสมบัติทางจิตวิทยาแบบประเมินภาระโรคฉบับสั้น สำหรับกลุ่มผู้ดูแลโรคทางจิตเวช เพื่อที่จะนำไปประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อไป

วัสดุวิธีการ

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ การแปล และการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

ขั้นตอนการแปล

1. ติดต่อขออนุญาตใช้แบบประเมิน ZBI จาก Mapi Research Institute ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ เนื่องจากฉบับที่แปลภาษาไทย นั้นพบว่ามีความคลาดเคลื่อน

2. ดำเนินการแปลตามข้อกำหนดของสถาบันเจ้าของลิขสิทธิ์ แปลเป็นภาษาไทยด้วยผู้แปลสองคนที่อิสระต่อกัน ให้ผู้แปลทวนสอบการแปลระหว่างกัน ยืนยันการแปลของตนเอง ทั้งนี้ปกปิดชื่อผู้แปล จากนั้นผู้วิจัย (C Silpakit) สรุปการแปลเป็นฉบับเดียวเพื่อแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดย

นักวิชาการด้านจิตเวชสองคน มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ไม่เคยอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาอังกฤษอย่างเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัย (C Silpakit) ตรวจสอบฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ สรุปความเห็นเบื้องต้น ถ้าผลการแปลของนักวิชาการคลาดเคลื่อนทั้งสองฉบับ จะต้องตรวจทานการแปลฉบับภาษาไทยเพื่อปรับแก้ฉบับภาษาไทยให้ถูกต้อง และส่งให้นักวิชาการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ตรวจทานการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ จากนั้นจึงสรุปผลการแปลส่งกลับให้สถาบัน Mapi Research Institute ตรวจสอบก่อนดำเนินการในขั้นต่อไป ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือน กรกฎาคม ๒๕๕๗

3. ทดสอบความเข้าใจฉบับภาษาไทยในผู้ดูแลที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัฐยา เดือน กรกฎาคม ๒๕๕๗ จำนวน 5 คน ข้อวิจารณ์เป็นการเรียงลำดับข้อความ ไม่มีการปรับแก้เนื้อหา

4. สรุปผลการแปล ต่อมาทางสถาบัน Mapi Research Institute ได้แจ้งว่ามีฉบับสั้น 12 ข้อแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกข้อคำถามที่ตรงกับฉบับ 12 ข้อตามที่สถาบันกำหนด

ขั้นตอนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เพื่อสำรวจตัวประกอบ (exploratory factor analysis: EFA) และเพื่อยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างด้วย confirmatory factor analysis (CFA) ด้วยโปรแกรม Mplus เนื่องจากข้อคำตอบเป็นกลุ่ม และมีการรายงานผลว่า ZBI อาจจะมีได้หลายมิติระหว่าง 1 – 3 มิติสำหรับฉบับสั้น ดังนั้นผู้วิจัยระบุตัวประกอบระหว่าง 1 ถึง 3

หมุนแกนด้วยมุมแหลม promax กำหนดให้จำนวนข้อต่อตัวประกอบไม่น้อยกว่า 2 ข้อ และน้ำหนักปัจจัยไม่น้อยกว่า 0.40 และค่า root mean square of residual (RMSR) $< 0.05^7$

ในการวิเคราะห์โมเดลการวัดด้วย CFA ด้วย โปรแกรม Mplus กำหนดดัชนีความสอดคล้องคือ ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ไม่เกิน 3 ดัชนีความกลมกลืนด้วยค่า comparative fit index (CFI), Tucker Lewis Index (TLI) > 95 ดัชนีความคลาดเคลื่อนด้วยค่า root mean square error of approximation (RMSEA) < 0.08 (ถ้าค่า > 1.00 ระดับแย่)^{8,9} โดยที่ทุกดัชนีเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ศึกษาความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมินวิตกกังวลซึมเศร้า (Hospital Anxiety Depression Scale : HAD) ฉบับภาษาไทย¹⁰ เนื่องจากมีรายงานปัญหาความคับข้องใจ ซึมเศร้าในผู้ดูแลโรคจิตเภทเรื้อรังด้วยการประเมิน Symptoms Check List-90 Revised (SCL-90R)¹¹ แต่การประเมิน SCL-90 R ต้องมีนักจิตวิทยาแปลผล

การศึกษาค่าความสอดคล้องภายในด้วย Cronbach's alpha , corrected item-total correlation (CIC) แต่ละมิติ โดยค่า CIC ระดับดีควรมีค่า > 0.30 หรือยอมรับได้ถ้าค่า $> 0.20^{12}$

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนไม่น้อยกว่า 200 คน ผู้ป่วยลมชักไม่น้อยกว่า 50 คนและผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 100 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศรีรัฐยาที่มารักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยที่ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา

หรือญาติเป็นผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง หรือแพทย์รับเป็นผู้ป่วยในนานกว่า 1 เดือนก่อนการศึกษาจะถูกคัดออก

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแล อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน (ดีขึ้น/ทุเลา คงที่ หรือแย่ลง) และแบบประเมิน ZBI ฉบับไทยจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 0-4 คือ 0=ไม่เคยเลย 1=นานๆครั้ง 2=บางครั้ง 3=ค่อนข้างบ่อย 4=แทบทุกครั้ง และแบบประเมิน HAD ฉบับภาษาไทย จำนวน 14 ข้อแบ่งเป็น ข้อที่ประเมินวิตกกังวล (HAD_anx) และข้อที่ประเมินซึมเศร้า (HAD_dep) แบบประเมินค่าระหว่าง 0-3 คือ 0=ไม่มี/ไม่เคย 1=บางครั้ง/เล็กน้อย 2=บ่อยครั้ง 3=เป็นส่วนใหญ่/เหมือนเดิม

ผู้ดูแลจะตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ยกเว้นผู้ดูแลที่มีปัญหาสายตา อ่านไม่ได้จะมีผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านและเลือกคำตอบให้ตามคำบอก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม ๒๕๕๗

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson ระหว่าง ZBI กับ HAD ความสอดคล้องภายในข้อคำถามด้วย Cronbach's alpha และค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลตามที่กำหนด

ผล

กลุ่มตัวอย่างรวม 355 คนประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยสมองเสื่อมและ ผู้ป่วยลมชัก จำนวน 203 (ร้อยละ 57.2), 101 (ร้อยละ 28.7) และ 51 คน (ร้อยละ 14.1) ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 47.9 ปี (SD=13.2) จำแนกเป็นหญิง 240 คน (ร้อยละ 67.6) สถานภาพสมรส คู่จำนวน 234 (ร้อยละ 65.9) โสด 106 (ร้อยละ 29.9) ระดับการศึกษาชั้นประถม 153 คน (ร้อยละ 43.1) ปริญญาตรี 111 คน (ร้อยละ 31.3) ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจำนวน 197 คน (ร้อยละ 55.5) คงที่จำนวน 142 คน (ร้อยละ 40) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแล 9.3 (SD=8.4) ปี โดยมีช่วงเวลาระหว่าง 1-50 ปี (ค่าฐานนิยม 10 ปี) รายได้เพียงพอ 238 คน (ร้อยละ 67)

ผลการตอบแบบประเมิน โดยมีข้อที่ตอบ “ไม่เคยเลย” สูงสุดคือข้อ 8 ร้อยละ 81.9 ตอบ “เสมอๆ” น้อยที่สุดคือข้อ 3 ร้อยละ 0.8 ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับความทุกข์เกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลและความเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่กับญาติในระดับบ่อยๆ ขึ้นไปใกล้เคียงกันร้อยละ 12.7, 12.1 และ 10.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตอบแบบประเมินจำแนกรายข้อ (n=355)

ข้อคำถาม	ร้อยละ				
	0	1	2	3	4
1. คุณรู้สึกว่ ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาคูแลญาติของคุณหรือไม่?	42.5	31.3	17.5	5.6	3.1
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่?	33.2	28.2	26.5	9.6	2.5
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่?	61.4	23.7	13.0	1.1	0.8
4. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่?	64.8	25.6	6.2	2.3	1.1
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่?	39.2	27.9	22.8	8.2	2.0
6. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่?	38.6	28.5	20.3	9.9	2.8
7. คุณรู้สึกว่า คุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่ คุณอยากได้ เพราะญาติของคุณหรือไม่?	61.1	24.5	9.0	3.4	2.0
8. คุณรู้สึกว่า การดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	81.4	9.9	4.8	2.0	2.0
9. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่?	78.0	12.1	7.0	1.7	1.1
10. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่?	59.7	21.4	10.4	6.5	2.0
11. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำอะไรมากขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่?	8.5	8.5	19.4	44.5	19.2
12. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่?	8.7	8.7	15.8	40.0	26.8

0 = ไม่เคยเลย 1 = นานๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = ค่อนข้างบ่อย 4 = พบทุกครั้ง

การสำรวจ EFA

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ด้วยโปรแกรม SPSS ด้วยคำสั่ง data/select cases/random samples of case/sample size/exactly ระบุ

จำนวน 140 คนจาก 355 คน ได้กลุ่มละ 140 และ 215 คน ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลประชากรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นการวินิจฉัยโรค ดังตารางที่ 2 สํารวจตัวประกอบด้วย EFA ในกลุ่มที่ 1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	กลุ่ม EFA (n=140)	กลุ่ม CFA (n=215)	รวม	
เพศ ชาย	41 (29.3)	74 (34.4)	115	0.31
หญิง	99 (70.7)	141 (65.6)	240	
อายุเฉลี่ย ปี (SD)	48.6 (12.95)	47.5 (13.3)	47.9 (13.2)	0.43
ระยะเวลาดูแล	10.8 (9.1)	8.3 (7.6)	9.3 (8.4)	0.21
สถานภาพสมรส				
โสด	32 (22.9)	74 (34.4)	106 (29.8)	.06
คู่	102 (72.9)	132 (61.4)	234 (65.9)	
หย่า	6 (4.2)	9 (4.2)	15 (4.3)	
ระดับการศึกษา				
ประถม	63 (45)	90 (41.9)	153 (43.1)	0.28
มัธยม	28 (20)	30 (14)	58 (16.3)	
ปริญญาขึ้นไป	49 (35)	95 (44.1)	144 (40.6)	
การวินิจฉัย				
จิตเภท	91 (65)	112 (52.1)	203 (57.2)	.05
สมองเสื่อม	34 (24.3)	67 (31.2)	101 (28.7)	
ลมชัก	15 (10.7)	36 (16.7)	51 (14.1)	

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความสอดคล้อง

	χ^2/df	χ^2/df	RMSR
1-factor model	668.0,54	12.4	0.262
2-factor model	123.1,43	2.9	0.081
3-factor model	71.4,33	2.2	0.050

χ^2 = chi square, df=degree of freedom, RMSR= root mean square of residual

ตัวประกอบแรกคือข้อคำถามที่ 1, 7-10 ตัวประกอบที่สอง คือข้อ 2-6 และตัวประกอบที่สาม คือ ข้อ 11 และ 12 ดังตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวประกอบที่ 1 กับ 2 = 0.67, ตัวประกอบ 2 กับ 3 = 0.15 ตัวประกอบ 1 กับ 3 = 0.07

CFA วิเคราะห์โมเดลการวัดจาก EFA ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 จำนวน 215 คน พบว่าค่าน้ำหนักปัจจัยตัวประกอบแต่ละมิติระหว่าง 0.64 ถึง 0.92

ตัวประกอบมิติที่ 1 และ 2 สัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนมิติที่ 2 กับ 3 ไม่สัมพันธ์กัน และข้อคำถามแต่ละข้อสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมของภาระการดูแล ระหว่างร้อยละ 40.9 ถึง 88.3 ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้ต้องปรับรูปแบบจาก Model_a ให้ข้อคำถามมีความสัมพันธ์คือข้อ ที่ 1 กับ 2 ข้อ 8 กับ 9 และข้อ 9 กับ 10 ดังรูปที่ 1 จึงทำให้ Model_b มีความสอดคล้องกันในระดับดี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 น้ำหนักปัจจัยด้วยการสำรวจ EFA หมุนแกนแบบ promax

	Promax rotated loading			ค่า residual
	Factor1	Factor 2	Factor 3	
A1	0.65	0.31	0.09	0.18
A2	0.15	0.76	0.08	0.22
A3	0.41	0.48	-0.19	0.35
A4	0.41	0.42	0.01	0.41
A5	0.03	0.88	0.03	0.18
A6	-0.02	0.87	0.10	0.23
A7	0.72	0.27	-0.11	0.16
A8	0.68	0.24	-0.14	0.27
A9	0.91	0.04	0.00	0.12
A10	0.88	-0.18	0.18	0.37
A11	0.05	0.02	0.79	0.36
A12	-0.03	0.06	1.03	-0.08

ตารางที่ 5 คำนวณน้ำหนักปัจจัยและค่าความแปรปรวน Model_b

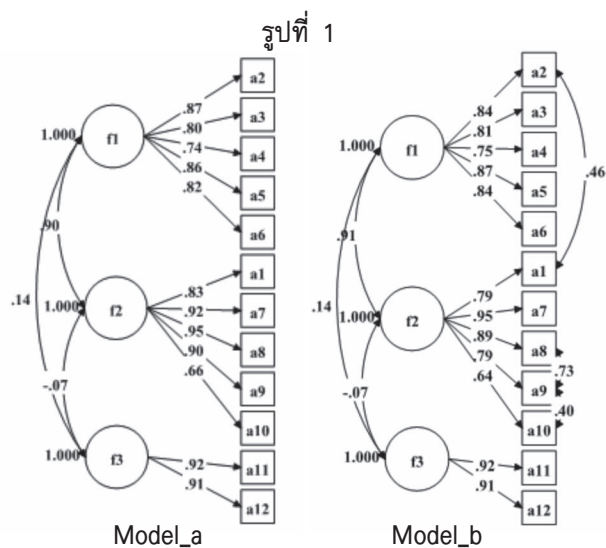
ตัวประกอบ	น้ำหนักปัจจัย	Est/SE	p-value	R-square
มิติที่ 1 (ผลกระทบ)				
ข้อ 2	0.84	31.02	<.01	0.70
ข้อ 3	0.81	25.4	<.01	0.66
ข้อ 4	0.75	21.1	<.01	0.57
ข้อ 5	0.87	38.5	<.01	0.75
ข้อ 6	0.84	31.2	<.01	0.70
มิติที่ 2 (ความเครียด)				
ข้อ 1	0.79	22.3	<.01	0.63
ข้อ 7	0.95	40.7	<.01	0.90
ข้อ 8	0.89	27.5	<.01	0.79
ข้อ 9	0.87	44.86	<.01	0.75
ข้อ 10	0.90	52.68	<.01	0.60
มิติที่ 3 (ความรู้สึกเอาใจใส่)				
ข้อ 11	0.92	8.78	<.01	0.40
ข้อ 12	0.91	8.79	<.01	0.85
PCC				
1 กับ 2	0.91	47.69	<.01	
2 กับ 3	-0.07	-0.92	0.36	
3 กับ 1	0.14	2.07	.04	

Est/SE = estimate/ standard error, PCC= polychoric correlation coefficient

ตารางที่ 6 ดัชนีความสอดคล้องของโมเดล

model	χ^2 , df	RMSEA	CFI	TLI	$\Delta\chi^2/df$	p
Model_a	158.4,51	0.099(0.082,0.117)	0.981	0.975		
Model_b	106.5,48	0.075(0.056, 0.095)	0.990	0.986	51/3	<.01

χ^2 = chi square, df=degree of freedom, RMSEA=root mean square error of approximation,
CFI = comparative fit index, TLI=Tucker Lewis Index



ข้อ a1-a12 คือข้อคำถาม, f1-f3 คือมิติที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ลูกศรทางเดียวแสดงค่าน้ำหนัก ลูกศรสองทางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม/มิติ

การศึกษาความตรงร่วมสมัยกับ HAD_anx และ HAD_dep ด้วยการวิเคราะห์ Pearson's correlation แบบประเมินทั้งฉบับ 12 ข้อมีค่า $r = 0.67, 0.42$ ตามลำดับ ส่วนมิติที่ 1, มีค่า $r = 0.60, 0.44$ ตามลำดับ มิติที่ 2 มีค่า $r = 0.66, 0.49$ และมิติที่ 3 มีค่า $r = 0.13, -0.15$ ตามลำดับ

ส่วนความสอดคล้องภายในฉบับรวมมีค่า Cronbach's alpha = 0.88 มีค่า corrected item-correlation (CIC) ระหว่าง 0.22 – 0.73 และรายด้าน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าความสอดคล้องภายใน และ CIC รายข้อและรายด้าน

ข้อคำถาม	CIC	Cronbach's
ฉบับรวม 12 ข้อ		
ข้อ 1	0.71	0.85
ข้อ 2	0.73	0.85
ข้อ 3	0.61	0.86
ข้อ 4	0.60	0.86
ข้อ 5	0.72	0.85
ข้อ 6	0.69	0.86
ข้อ 7	0.72	0.85
ข้อ 8	0.59	0.86
ข้อ 9	0.62	0.86
ข้อ 10	0.53	0.86
ข้อ 11	0.24	0.89
ข้อ 12	0.22	0.89
รายด้าน		Cronbach's alpha
มิติที่ 1 (1, 7-10)	0.61-0.76	0.87
มิติที่ 2 (2-6)	0.60-0.75	0.86
มิติที่ 3 (11, 12)	0.80	0.89

(alpha if item deleted)

วิจารณ์

แบบประเมินภาวะโรค Zarit ภาษาไทย คัดเลือก 12 ข้อตามที่สถาบัน Mapi Research Institute กำหนดให้ จึงไม่ได้ใช้วิธีสำรวจตัวประกอบเพื่อลดข้อคำถามจากฉบับ 22 ข้อ ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ สามารถจำแนกเป็น 3 มิติ โดยที่มิติแรกด้านผลกระทบกับมิติที่สองความเครียดจะสัมพันธ์ในระดับสูงและมีค่าสหสัมพันธ์กับแบบสอบถาม HAD_anx สูงกว่าส่วน HAD_dep ส่วนมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใจใส่ สัมพันธ์กับมิติแรกในระดับต่ำ ไม่สัมพันธ์กับมิติที่สอง อาจจะอธิบายจากเกือบทั้งหมดของกลุ่มผู้ดูแล ประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการดีหรือคงที่

ผลการสำรวจตัวประกอบ ZBI ฉบับ 12 ข้อแตกต่างจากการศึกษาของ Branger¹³ วิเคราะห์ตัวประกอบได้ 2 มิติ เนื่องจากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และมีผู้ดูแลที่ไม่เข้าเกณฑ์การดูแลเดียวกับการศึกษาคั้งนี้จำนวนร้อยละ 30

สำหรับการปรับโครงสร้างเพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม 1 และ 2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในที่นี่มีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ 8-9 กับ 9-10 สอดคล้องกับรายงานอื่นๆ เนื่องจากเป็นผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท^{11,14} และผลกระทบด้านความคับข้องด้านสุขภาพจิตซึ่งพบได้บ่อยในผู้ดูแลหญิง⁴ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของการศึกษาคั้งนี้

ส่วนการศึกษาคความสอดคล้องภายในทั้งฉบับและมิติ อยู่ในระดับดีมาก แต่ข้อคำถามที่ 11 และ 12 มีสหสัมพันธ์กับข้อคำถามทั้งฉบับค่อนข้างต่ำ (ค่า CIC <0.3) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่อาการดีขึ้นหรือคงที่รวมร้อยละ 95.5 การตอบข้อคำถาม

ขัดแย้งกับข้ออื่นๆ ดังตารางที่ 1 ข้อคำถามนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ozer¹⁵ ที่ต้องคัดข้อคำถามข้อนี้ออกไปจากฉบับ 18 ข้อซึ่งเป็นการประเมินในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและกระดูกสะโพกหัก และผู้ดูแลมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแล 21 วัน

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าข้อคำถามนี้ควรคงอยู่ เนื่องจากแบบสอบถามนี้อาจจะต้องประเมินภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการไม่คงที่หรือผู้ดูแลในระยะแรกๆ เพื่อที่ทีมสหวิชาชีพจะได้ทราบข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เช่น การจัดการกับรายได้ การหาที่พักชั่วคราวสำหรับผู้ป่วย ในมุมกลับกันการตอบคำถามในข้อนี้อาจแสดงถึงความเอาใจใส่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Branger ที่ไม่พบว่าสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ดูแล¹³ ซึ่งผลตรงตรงร่วมสมัยกับ HAD ในมิติซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรุนแรง หรือ ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มเติมต่อไป การตัดข้อคำถามในมิติที่ 3 ควรจะพิจารณาให้รอบคอบ ซึ่งอาจจะดประเมินในการประเมินติดตามผลในระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ หรือ ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการผลกระทบจากการดูแลแล้ว

สรุป

แบบประเมิน Zarit ฉบับ 12 ข้อที่แปลเป็นภาษาไทย มีความตรงเชิงโครงสร้างจำแนกเป็น 3 มิติ และมีความสอดคล้องภายในระดับดีมาก ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมองเสื่อม และโรคลมชัก ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการคงที่หรือดีขึ้น มีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมินอาการวิตกกังวล HAD

อย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำไปประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท สมองเลื่อม และลมชัก ได้ ส่วนการตัดข้อคำถามในมิติที่ 3 ควรจะพิจารณาให้รอบคอบ ซึ่งอาจจะใช้ในการประเมินติดตามผลในระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ หรือผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการผลกระทบจากการดูแลแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้แปลที่อนุเคราะห์การแปลตั้งรายนาม วิมา หนูนพระเดช และ พนิดนาฏ ไชยเสนะ แปลเป็นภาษาไทย นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ และภัทรวรรณ สุขยิธัญญ์ แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ตามลำดับ

References

- Deeken J, Taylor K, Mangan P, Yabroff K, Ingham J. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symp Management*. 2003;26:922-53.
- Lawton M, Kleban M, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol*. 1989;44:61-71.
- Whalen K, Buchholz S. The reliability, validity and feasibility of tools used to screen for caregiver burden: a systematic review. *The JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2009;7:1373-430.
- Ballesteros J, Santos B, González-Fraile E, Muñoz-Hermoso P, Domínguez-Panchón A, Martín-Carrasco M. Unidimensional 12-item Zarit Caregiver Burden Interview for the assessment of dementia caregivers' burden obtained by item response theory. *Value in Health*. 2012;15:1141-7.
- Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Ed*. 2011;4:62-75.
- Prasertsong C. Case study : Effectiveness of a counseling intervention to decrease burden of family caregiver of the elderly with senile dementia. *J Nur Science* 2002;14:66-73.
- Muthen LK, Muthen B. Mplus short courses topic 1. Available from: http://www.ats.ucla.edu/stat/seminars/muthen_08/2008_March_Hopkins_Topic_1-_v4.pdf [20 April 2015].
- Hair JF Jr, Black WC, Babin BR, editors. *Multivariate data analysis*. 7ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2010.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *E J Business Res Methods*. 2008;6:53-60.
- Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thai*. 1996;41:18-30.
- Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiat Psychiatric Epidemiology*. 2012;47:331-7.
- McLeod BD, Islam N, Wheat E. Designing conducting and evaluating therapy process research. In: Cromer JS, Kendal P, editors. *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 147-50.
- Branger C, O'Connell M, Morgan DG. Factor Analysis of the 12-Item Zarit Burden Interview in Caregivers of Persons Diagnosed With Dementia. *J Applied Gerontol*. 2014;0733464813520222.
- Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:149-62.
- Ozer N, Yurttaş A, Akyil R. Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *J Transcultural Nur*. 2012;23:65-71.

แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview)

คำแนะนำ: ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่น ตอนท้ายของแต่ละข้อ กรุณาระบุว่าความรู้สึกแบบนั้นบ่อยเพียงใด; ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือเกือบจะเป็นประจำ คำตอบไม่มีผิดไม่มีถูก

1. คุณรู้สึกว่ายากของคุณขอความช่วยเหลือมากกว่าที่จำเป็นหรือไม่?

2. คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาดูแลญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 1

3. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่?ข้อ 2

4. คุณรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมของญาติของคุณหรือไม่?

5. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 3

6. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่?ข้อ 4

7. คุณกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับญาติของคุณหรือไม่?

8. คุณรู้สึกว่า ญาติของคุณฟังฟังคุณหรือไม่?

9. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 5

10. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 6

11. คุณรู้สึกว่า คุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 7

12. คุณรู้สึกว่า การดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหาข้อ 8

13. คุณรู้สึกอึดอัดที่จะให้เพื่อนของคุณมาเยี่ยมเนื่องจากญาติของคุณใช่หรือไม่?

14. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณดูเหมือนจะคาดหวังให้คุณดูแลเขาราวกับว่าคุณเป็นเพียงคนเดียวที่เขาจะพึ่งพาได้หรือไม่?

15. คุณรู้สึกว่า คุณมีเงินไม่เพียงพอสำหรับการดูแลญาติของคุณ รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ด้วยใช่หรือไม่?

16. คุณรู้สึกว่า คุณไม่สามารถดูแลญาติของคุณได้อีกไม่นานใช่หรือไม่?

17. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่?ข้อ 9

18. คุณอยากทิ้งภาระการดูแลญาติของคุณให้คนอื่นดูแลแทนหรือไม่?

19. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่?ข้อ 10

20. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำอะไรมากขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่?ข้อ 11

21. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่?ข้อ 12

22. โดยรวมแล้ว คุณรู้สึกเป็นภาระเพียงใดในการดูแลญาติของคุณ?