

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก*

Factors affecting burden on caregivers of older persons with parkinson's disease at outpatient department

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2558

Volume 38 No.3 (July-September) 2015

วัชรกร ประณีต พย.บ.** เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปส.ด. (พยาบาล)***

วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์ คม.**** สมศักดิ์ เกียมเก่า พบ.*****

Watcharakon Pranin BSN.** Petchun Lertrat Ph.D. (Nursing)***

Wilawan Panpruek M.Ed.**** Somsak Tiamkao MD.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ ศึกษาภาระและปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน จำนวน 146 คน ใช้แบบสอบถาม ทั้งหมด 6 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องโดยใช้ดัชนี บาร์เธลเอดีแอลและดัชนีจูฟาเอดีแอล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาระ(ร้อยละ 50.7) ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ($\beta = .516$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ($\beta = -.166$) และความรุนแรงของโรค (เฉพาะระยะที่ 3) ($\beta = .158$) โดยปัจจัยทั้งสามรวมกันทำนายความแปรปรวนการเกิดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันได้ร้อยละ 37.5

คำสำคัญ: ภาระของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน

Abstract

The purpose of this research was to study burdens and factors affecting burden on caregivers of older persons with Parkinson's disease. A sample of 146 primary caregivers of older persons with Parkinson's disease attended at the Outpatient Department, Srinakarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University during March to June 2015 were recruited to this study. The participants were assessed by using a 6 part questionnaire including, personal information of older persons with Parkinson's disease and caregivers, Thai Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness, Beck Depression Inventory, Sense of Coherence Scale, the Personal Resource Questionnaire, Barthel ADL Index and Chula ADL Index. Results

*Supported by Neuroscience Research and Development Group, Khon Kaen University.

**Master of nursing degree students, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

showed that 50.7 % of primary caregivers of older persons with Parkinson's disease perceived no burden in taking care of the patients. However, depression ($\beta = .516$), instrumental activities of daily living of older persons with Parkinson's disease ($\beta = -.166$) and the severities of the disease (only stage three) ($\beta = .158$) were significant predictors of caregiver burden which accounting for 37.5% of the variance.

keywords: caregivers' burden, older persons, Parkinson's disease

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคพาร์กินสันเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ¹ ที่มีอุบัติการณ์และความชุกเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative disorder) พบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคอัลไซเมอร์ โดยมีอุบัติการณ์ในคนที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 1 และพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุโลกเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันมีประมาณ 4 ล้านคนและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 4 เท่าใน ค.ศ. 2040² สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ลงทะเบียนแล้วทั้งสิ้นเป็นจำนวนมากกว่า 60,000 ราย คิดเป็นความชุกของโรคพาร์กินสันเท่ากับ 242.57 ต่อประชากร 100,000 คนซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาค³ และจากข้อมูลงานเวชระเบียนและเวชสถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2554 – 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 366, 378 และ 364 คนตามลำดับ⁴

พาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทสมองส่วนสับสแตนเชีย ไนกรา (Substantia nigra) ซึ่งอยู่ใน basal ganglia (Basal ganglia) ด้วยเหตุที่ basal ganglia มีหน้าที่ที่หลากหลาย ดังนั้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมองส่วนนี้จึงทำให้เกิดอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่แตกต่างกันมากมายหลายรูปแบบ นอกจากนี้เซลล์ในส่วนของสับสแตนเชีย ไนกรายังมีหน้าที่สำคัญในการผลิตสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) เมื่อระดับโดปามีนลดต่ำลงจึงส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยมีอาการดังนี้ การสั่น

เคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็งและการทรงตัวไม่ดี⁵⁻⁶ ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นและผลข้างเคียงของการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบและให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป⁷⁻⁸ จากการศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำนวน 324 คน พบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในเรื่องรับประทานอาหารร้อยละ 45 การอาบน้ำร้อยละ 69 การแต่งตัวร้อยละ 71 การใช้ห้องน้ำร้อยละ 55 และการเคลื่อนย้ายร้อยละ 67 ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยถึง 96 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁹ บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันนั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังและความต้องการของผู้สูงอายุมีทั้งบทบาทในการดูแลโดยตรงและโดยอ้อม¹⁰ ทั้งนี้ความต้องการในการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นไปตามความก้าวหน้าของโรค จึงนำมาสู่การเพิ่มภาระของผู้ดูแล¹¹⁻¹²

ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงินของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่อง¹³ แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลอาจจะไม่รับรู้ภาระครบทุกมิติในเวลาเดียวกัน¹⁴ ภาระในการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นตามอาการและความก้าวหน้าของโรค จนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ เป็นผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เต็มที่เกิดการทารุณกรรม การละเลยละทิ้งและไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้¹⁵

ดังปรากฏการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันในคลินิกผู้ป่วยนอก รพ.ศรีนครินทร์

ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว สะท้อนถึงการดูแลว่า การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันต้องให้การดูแลที่แตกต่างกันออกไปแต่ละราย ตามความต้องการของผู้สูงอายุและตามอาการของโรค แต่การดูแลนั้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ผู้ดูแลแต่ละรายสะท้อนภาระแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านผู้สูงอายุ และด้านผู้ดูแล ทำให้ผู้วิจัยเกิดคำถามว่า ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาภาระในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective burden) และภาระเชิงวัตถุวิสัย (Objective burden)¹⁶ ภาระด้านเวลา พัฒนาการ ร่างกาย สังคมและอารมณ์¹⁷ และใช้เครื่องมือในการวัดที่หลากหลาย¹⁶⁻²⁰ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันมีดังนี้ ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ความรุนแรงของโรคและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน จำนวนผู้ดูแล จำนวนผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งในการมองโลก^{2,11,12,16-20} สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคต่าง ๆ ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง²¹ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน²² และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล²³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ายังไม่สามารถตอบปัญหาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการศึกษานั้น ๆ เป็นการศึกษาในต่างประเทศมีบริบทที่แตกต่างจากสังคมไทยและไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน พร้อมทั้งคาดหวัง

ว่าผลจากการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการศึกษาวิจัยในข้างหน้าเพื่อช่วยลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน จำนวนผู้ดูแล จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งในการมองโลก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน จำนวนผู้ดูแล จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันทำนายภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) แบบศึกษาเชิงทำนาย (predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษา

ไทยได้ดี รวมถึงมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยเก็บทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎของหัวแม่มือ (rule of thumb)²⁴ ใช้สูตร $50 + 8m$ (m คือ จำนวนตัวแปรอิสระ) โดยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาวัดตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปร จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน มีทั้งหมด 19 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของชนัญชิดาคุณิ ทูลศิริและคณะ²⁵ ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอน แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-88 คะแนน ถ้าคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแล (no burden) ระดับคะแนน 21-40 รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับน้อย (mild burden) ระดับคะแนน 41-60 รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับปานกลาง (moderate burden) และระดับคะแนน 61-88 รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับมาก (severe burden) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของเบ็คที่แปลโดย มุกดา ศรียงค์²⁶ มีทั้งหมด 21 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามมีการประมาณค่าคะแนน 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน มีการแบ่งระดับซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับดังนี้คือ คะแนน 0-9 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal range) คะแนน 10-15 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (minimal depression) คะแนน 16-19 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) คะแนน 20-29 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับ

มาก (moderate-severe depression) และคะแนน 30-63 คือ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของซูซัน ชิวพูนผล²⁷ มีทั้งหมด 29 ข้อคำถาม ระดับการวัด 7 ระดับ เป็นการตอบในลักษณะที่ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน คะแนนสูงสุดแสดงว่า เห็นด้วยมากที่สุด หรือเห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา²⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 20 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 7 ระดับ โดยข้อคำถามด้านบวก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนนและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนนและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25 - 175 คะแนน คะแนนสูงสุดแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²⁹ นำไปใช้ในการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม โดยแบ่งระดับพึ่งพาเป็น 4 ระดับคือ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสวนมาก 9-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพานกลางและ มากกว่า 12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาเพียงเล็กน้อย แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²⁹ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

มีค่าคะแนนรวม 0-9 คะแนน แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า มีความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังที่ปรากฏในข้างต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดแก่อาสาสมัครที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และให้อาสาสมัครนำแบบสอบถามกลับไปตอบที่บ้าน และส่งกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ซึ่งข้อมูลทั้งหมดได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้รับการรับรองเลขที่ HE571486 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2558 และผู้วิจัยมีการปฏิบัติที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย และรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน (Pearson product – moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman's rank correlation coefficient) และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) จนกระทั่งได้ตัวแปรสุดท้ายที่ดีที่สุด เพื่อสร้างสมการทำนายการเกิดภาวะของผู้ดูแล ที่มีตัวแปรในสมการน้อยที่สุด แต่มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบการศึกษาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน
การศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุจำนวน 146 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 74 คน (ร้อยละ 50.7) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.77 ปี (SD = 7.58) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.5) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.5) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 58.2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 28.8) และมีระยะเวลาที่เป็นโรคพาร์กินสันเฉลี่ย 7.47 ปี (SD = 5.83) ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานตามดัชนีบาร์เอด เอตีแอล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย จำนวน 117 คน (ร้อยละ 80.1) รองลงมาคือพึ่งพาทั้งหมด 14 คน (ร้อยละ 9.6) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.81 คะแนน (SD = 6.00) และผู้สูงอายุมีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องตามดัชนีจุฟาเอตีแอลโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.89 คะแนน (SD = 3.09)

ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน การศึกษาครั้งนี้มีผู้ดูแลจำนวน 146 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 108 คน (ร้อยละ 74.0) มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 51.28 ปี (SD = 11.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.4) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.3) ประกอบอาชีพรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 34.2) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.5) มีสถานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ (ร้อยละ 84.2) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นลูกชาย/ลูกสาว (ร้อยละ 52.1)

ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.10 ปี (SD = 11.99) มีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อวันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.04 ชั่วโมง (SD = 6.38) มีจำนวนผู้ดูแลที่ช่วยสับเปลี่ยนดูแลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 คน (SD = 0.95) และมีจำนวนผู้ป่วยที่ผู้ดูแลให้การดูแลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.14 คน (SD = 0.39) ภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.82 คะแนน (SD = 6.57) ความเข้มแข็งในการมองโลกพบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกเฉลี่ยเท่ากับ 146.39 คะแนน (SD = 21.22) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 134.29 คะแนน (SD = 16.65) ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าคะแนนภาระโดย

เฉลี่ยเท่ากับ 22.80 คะแนน (SD = 14.88) เมื่อ

แบ่งตามระดับการรับรู้ภาระพบดังนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกไม่เป็นภาระ (ร้อยละ 50.7) รองลงมาคือรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย (ร้อยละ 37.7) และรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.6) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ($r = .305, p < .01$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล ($r = -.259, p < .01$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.298, p < .01$) และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน ($r = .243, p < .01$) สถานะทางเศรษฐกิจ ($r = .186, p < .05$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ($r = .549, p < .01$) ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล ($r = -.244, p < .01$) ส่วนอายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน อายุของผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแล จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันและตัวแปรด้านผู้ดูแล
กับภาระของผู้ดูแล (n=146)

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ภาระของผู้ดูแล	
ด้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน	
อายุ	.018
ความรุนแรงของโรค	.305**
ระยะเวลาการเป็นโรค	.124
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(ADL index)	-.259**
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง(Chula ADL index)	-.298**
ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
อายุ	.142
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน	.243**
จำนวนผู้ดูแล	-.111
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล	-.122
สถานะทางเศรษฐกิจ	.186*
ภาวะซึมเศร้า	.549**
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.126
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-.244**

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

ปัจจัยที่มีผลต่อการะของผูดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้ดีที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ($\beta = .516$) รองลงมาคือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ($\beta = -.166$) และความรุนแรงของโรค (ระยะที่ 3) ($\beta = .158$) ตามลำดับได้ค่า $R^2 = .375$ หมายความว่า ตัวแปรอิสระทั้งสามตัวแปรที่อยู่ในสมการขั้นสุดท้ายสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ร้อยละ 37.5 (ตารางที่ 2) ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้สมการที่เหมาะสมดังนี้

1. สมการทำนายโดยใช้คะแนนดิบ

$$\hat{Y}_{\text{ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ}} = 15.18 + 1.168 X_1 - .798 X_2 + 7.304 X_3$$

2. สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ}} = .516 Z_{X1} - .166 Z_{X2} + .158 Z_{X3}$$

เมื่อ X_1 คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

X_2 คือ ความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

X_3 คือ ความรุนแรงของโรค

(เฉพาะระยะที่ 3)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการของผูู้ดแลผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) (n=146)

ตัวแปรทำนาย	r	R	R ²	F	P	B	SE _B	Beta	t	P
					- value			(β)		- value
ภาวะซึมเศร้าของผูู้ดแล	.549	.549	.301	62.065	.000	1.168	.152	.516	7.707	.000
ความสามารถในการทำกิจวัตรต่อเนื่อง	-.298	.595	.354	39.212	.000	-.798	.355	-.166	-2.246	.001
ความรุนแรงของโรค (ระยะที่ 3)	.305	.612	.375	28.355	.000	7.304	3.390	.158	2.155	.033
Constant						15.180	3.008		5.047	.000
R = .612 R ² = .375 R ² Adjust = .361 St _{est} = 11.89 F = 28.355 sig F = .000										

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน พบว่าผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.7) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าเพศชายถึงร้อยละ 56.5 – 71^{2,20} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคพาร์กินสันพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพื้นที่ที่ทำการศึกษาคั้งนี้พบอัตราส่วนผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ผลการศึกษาคั้งนี้พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.80 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez – Martin et al. (2007) ที่พบว่าผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 69.4 ปี อาจเนื่องมาจากอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคพาร์กินสัน และจะมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จึงมีความชุกเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผูู้สูงอายุ ผูู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ D' Amelo et al. (2009) ที่พบว่าผูู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 เช่นกัน ทั้งนี้เพราะปัจจุบันนี้ผูู้สูงอายุไทยมีความตื่นตัวและกระตือร้นต่อโรคพาร์กินสันเพื่อที่จะได้รับการตรวจรักษาให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว จึงทำให้พบผูู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันในระ

ยะแรก ๆ เพิ่มมากขึ้น³ ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคพาร์กินสัน พบว่า ผูู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคโดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.47 ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 5.6 – 10.9 ปี¹⁷⁻¹⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากด้วยลักษณะของตัวโรคพาร์กินสันที่มีการดำเนินของโรคแบบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่การดำเนินของโรคช้ามาก จึงทำให้ผูู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานและเมื่อโรคมีความก้าวหน้ามากเท่าไร และมักนานราว 10 ปีจึงจะมีการมากจนถึงขั้นเดินเองไม่ได้ ส่งผลให้เกิดการดูแลและยาว¹⁸

ข้อมูลส่วนบุคคลของผูู้ดแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผูู้ดแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน^{21,23} ซึ่งเพศนี้เป็นตัวกำหนดบทบาทในครอบครัวและสังคมที่พบว่าบุตรที่เป็นเพศหญิงมักจะรับผิดชอบการดูแลผูู้สูงอายุสูงกว่าบุตรชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากด้วยบริบทของสังคมวัฒนธรรมอีสาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของผูู้สูงอายุทำให้ผูู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากเดิมจำเป็นที่บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรสาวซึ่งเป็นบุคคลที่ครอบครัวและสังคมมอบหมายและคาดหวังให้เป็นผู้ให้การดูแล³⁰ ส่วนอายุของผูู้ดแล ผลการศึกษาพบว่า ผูู้ดแลมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 51.28 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผูู้ดแลมีอายุ

โดยเฉลี่ยเท่ากับ 48 – 51.6 ปี^{23,31} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรชาย/บุตรสาวและอยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนชีวิต (Life course) ซึ่งงานวิจัยนี้พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 70.77 ปี อายุของผู้ดูแลและผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กัน

ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระเท่ากับ 22.80 คะแนน (SD = 14.88) สอดคล้องกับหลายการศึกษา¹¹⁻¹² ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 28.8) ซึ่งผู้สูงอายุในระยะนี้ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมดแต่ช้าลงกว่าเดิมจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพียงเล็กน้อยและสอดคล้องกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 80.1) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรชาย/บุตรสาว (ร้อยละ 52.1) อาจได้รับอิทธิพลความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาพุทธที่ได้ยึดหลักคำสอนในเรื่องของความกตัญญูตบะทิของบุตรต่อบิดามารดาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ได้ปฏิบัติถือเป็นประเพณีวัฒนธรรมที่ดีของคนอีสานมาเป็นเวลาช้านาน รวมถึงได้รับการขัดเกลาทางสังคมที่ต้องมีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัว จึงมองว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นการทำความดีตามหลักของศาสนาและเป็นการตอบแทนผู้มีพระคุณจึงทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นไม่เป็นภาระ³⁰

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{12,17} ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อโรคมีความก้าวหน้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว รวมถึงปัญหาในเรื่องของกิจวัตรประจำวันต่างๆที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแล สิ่งเหล่านี้

เป็นสาเหตุให้เกิดภาระของผู้ดูแล ซึ่งภาระของผู้ดูแลนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของโรค และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความรุนแรงของโรคนี้ (เฉพาะระยะที่ 3) สามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ ($\beta = .158$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ D'Amelio et al. (2009) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ ($\beta = 0.62$, $p < 0.0001$)¹⁷ ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และดัชนีจูฬาเอดีแอล (Chula ADL index) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลสามารถอธิบายได้ว่า โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทโดยเฉพาะในส่วนของสับสแตนเซีย โนกรา ทำให้มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้งอาการสั่น เคลื่อนไหวช้าและติดขัด อาการเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเมื่อโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นเท่าใดย่อมส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุทำให้เกิดความพร่องและทำให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และมีอีกหลายการศึกษาที่ผลการศึกษาสอดคล้องกัน^{11,12,16} และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ ($\beta = -.166$) ข้อค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Edwards & Scheetz (2002) ที่พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาระได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹¹

ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันในแต่ละคนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความต้องการของผู้สูงอายุ ยิ่งความรุนแรงของโรคมักเท่าใดความต้องการในการดูแลจะมากขึ้น

ตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องอุทิศเวลาในแต่ละวันเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากตามไปด้วย การที่ต้องใช้เวลาในการดูแลในแต่ละวันที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะส่งผลให้เวลาในการพักผ่อนและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับสังคมลดน้อยลงส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez – Martin et al. (2007) สถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลและสอดคล้องกับการศึกษาของ Agrawal et al. (2012) ทั้งนี้เพราะสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ด้านค่าใช้จ่าย ๆ สำหรับการดูแล ถ้าผู้ดูแลมีสถานะทางเศรษฐกิจดี ผู้ดูแลจะไม่เกิดความเครียดจากค่าใช้จ่ายและรับรู้การเป็นภาระลดน้อยลง ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลมีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ขาดแหล่งสนับสนุนทางการเงินอาจจะทำให้เพิ่มภาระของผู้ดูแลได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{12,18-19} ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาด้านอารมณ์ต่อภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของโรค พบได้ถึงร้อยละ 32 – 50³² ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องแบกภาระในการดูแลมาก รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดี (146.39 คะแนน) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง (134.29 คะแนน) และสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าผู้ดูแลช่วยสับเปลี่ยนดูแลถึง 1.87 คน จึงทำให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ ($\beta = .516$)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Rivera (2009)³³

ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Caap–Ahlgren & Dehlin (2002) ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลรับรู้และมีความเชื่อมั่นในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ มีแนวทางในการจัดการปัญหาหรือมีแนวทางในการใช้แหล่งประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ได้ ถ้าผู้ดูแลนั้นมีความบกพร่องในความเข้มแข็งในการมองโลกบ่งบอกถึงว่าผู้ดูแลเข้าใจงานที่รับผิดชอบน้อย ทำให้ยากลำบากในการจัดการและการเข้าถึงเป้าหมาย ความบกพร่องในความเข้มแข็งในการมองโลกนี้จะทำให้ผู้ดูแลมีแหล่งข้อมูลในการปรับให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้น้อย จึงนำมาสู่การเกิดภาระที่เพิ่มมากขึ้น อีกด้านหนึ่งคือ การศึกษา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.3) ซึ่งการศึกษานี้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา ซึ่งแอนโทนิอฟสกีเชื่อว่าการศึกษช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ความสามารถ สติปัญญา คิดอ่านอย่างมีเหตุผลและนำสิ่งที่ได้รับรู้มาใช้ในสถานการณ์ได้เหมาะสม²⁷

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันบางส่วนรับรู้ภาระของผู้ดูแลในระดับมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันทั้งหมดอาศัยอยู่ที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักถึงภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแล ความต้องการการช่วยเหลือต่าง ๆ รวมถึงจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแล รวมไปถึงนำผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาระ

ของผู้ดูแลทั้ง 3 ปัจจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันในประเด็นที่ยังไม่ได้ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic symptoms) อาการทางจิต (mental symptoms) และออกแบบการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อลดช่วยภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มวิจัยและพัฒนาเฉพาะทางด้านประสาทวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Solimeo S. Sex and Gender in Older Adults' Experience of Parkinson's Disease. *J Gerontol* 2008; 63B(1): S42-S48.
2. Razali R, Ahmad F, NazriAbdRahman F, Midin M, Sidi H. Burden of care among caregivers of patients with Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Clin Neurol Neurosurg* 2011; 113 (2011): 639-643.
3. Bhidayasiri R, editors. Clinical practice guideline for diagnosis and management of Parkinson's disease. Bangkok: Parkinson's Disease and Related Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society; 2011. (in Thai)

4. Medical records and health statistics, Srinakarind hospital, Faculty of Medicine Khon Kaen University. Statistics of older persons who received treatment at outpatient medicine department Srinakarind hospital 2011 – 2013. (in Thai)
5. Bhidayasiri R, Phanthumchinda K, Boonnak S. Parkinson's disease can be treated. Bangkok: Parkinson's Disease and Related Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society; 2006. (in Thai)
6. Weintraub D, Comella CL, Horn S. Parkinson's Disease- Part 1: Pathophysiology, symptoms, burden, diagnosis, and assessment. *Am J Manag Care* 2008; 14(2): 40-48.
7. Chiong-Rivero H, Ryan GW, Flippen C, Bordelon Y, Szumski NR, Zesiewicz TA, et.al. Patients' and caregivers' experiences of the impact of Parkinson's disease on health status. *PROMs* 2011; 2(2011): 57-70.
8. Moore HR. Caregiving in Parkinson's: A Qualitative study of the perceived impacts on and needs of Parkinson's caregivers. [Master's thesis]. Queen's University; 1997.
9. Parrish M, Giunta N, Adams S. Parkinson's disease caregiving: Implications for care management. *Care Manag J* 2003; 4(1): 53-60.
10. Pierce LL, Lutz BJ. Family caregiving. In Lubkin IM, Larsen PD, editor. *Chronic illness: impact and intervention*. 8th ed. Burlington: Ascend Learning; 2013. p. 245-288.
11. Edwards NE, Scheetz PS. Predictors of burden for caregivers of patient with Parkinson's disease. *J Neurosci Nurs* 2002; 34(4): 184-190.

12. Martinez-Martin P, Forjaz MJ, Frades-Payo B, Rusinol AB, Fernandez-Garcia JM, Benito-Leon J, et al. Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement Disorders* 2007; 22(7): 924-931.
13. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980; 20(6): 649-655.
14. Chou KR. Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2000; 15(6): 398-407.
15. Crist JD, McEwen MM, Herrera AP, Kim SS, Pasvogel A, Hepworth JT. Caregiving burden, acculturation, familism, and Mexican American elders' use of home care services. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2009; 23(3): 165-177.
16. Kim KS, Kim BJ, Kim KH, Choe, MA, Yi M, Hah YS, et al. Subjective and objective caregiver burden in Parkinson's disease. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2007; 37(2): 242-248.
17. D'Amelio M, Terruso V, Palmeri B, Di Benedetto N, Famoso G, Cottone, P, et al. Predictors of caregiver burden in partners of patients with Parkinson's disease. *Neurol Science* 2009; 30(1): 171-174.
18. Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn N, ahanshahi M. Caregiver-Burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, fall, and disability. *Parkinsonism and Related Disorders* 2006; 12(2006): 35-41.
19. Caap-Ahlgren M, Dehlin O. Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's Disease patients. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002; 14(5): 371-377.
20. Agrawal V, Goyal V, Shukla G, Behari M. Predictor of caregivers' burden of Parkinson's disease in India: Experience of a tertiary care center in India. *Journal of Parkinsonism & Restless Legs Syndrome* 2012; 2(2012): 59-65.
21. Limpawattana P, Intarasattakul N, Chindaprasirt J, Tiamkao S. Caregivers burden of older adults with stroke: A cross-sectional study. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2012; 7(3): 314.
22. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporn J. Burden of older adults with chronic illnesses in the community: A cross-sectional study. *Journal Community Health [serial online]* 2012 [cited 2014 August 30] Available form: <http://www.researchgate.net/publication>.
23. Chindaprasirt J, Limpawattana P, Pakkaratho P, Wirasorn K, Sookprasert A, Kongbunkiat K, et al. Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014; 15(4): 1643-1648.
24. Singchangchai P. Principles and multivariate statistics analysis for nursing research. 3rd ed. Songkla: Chanmuang; 2006. (in Thai)
25. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and*

- Education 2011; 4(1): 62-75. (in Thai)
26. Sripustitto S. Depression Among caregivers of person with chronic renal failure [Independence Study]. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai Univ.; 2004. (in Thai)
 27. Cheewapoonphon C. Effects of patients' health, caregivers' sense of coherence, and caregiver burden on adaptation of family caregivers of patients with advanced cancer [dissertation]. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol Univ.; 1998. (in Thai)
 28. Gasemgitvatana S. A causal model of caregiver role stress among wives of chronically ill patients [dissertation]. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol Univ.; 1993. (in Thai)
 29. Jitapunkul S. Principles of Geriatric Medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2001. (in Thai)
 30. Pornkuna R. The roles and cultural perceptions of daughters in the care of elderly parents with chronic illness in Esan context: Case study in Khon Kaen [Thesis]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen Univ.; 2003. (in Thai)
 31. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. Journal Medicine Association Thailand 2010; 93(5): 601-607.
 32. Martinez-Martin P, Arroyo S, Rojo-Abuin JM, Rodriguez-Blazquez C, Frades B, Cuesta JDP. Burden, perceived health status, and mood among caregivers of Parkinson's disease patients. Movement Disorders 2008; 23(12): 1673-1680.
 33. Rivera HR. Predictors of cancer caregiver depression symptomatology. [Dissertation]. South Florida University; 2009.