ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ฉัตรกมล ประจวบลาภ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ฉัตรกมล ประจวบลาภ

นางฉัตรกมล ประจวบลาภ
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์อัครวุฒิ วิริยเวชกุล,
พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวิริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นางฉัตรกมล ประจวบลาภ
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิไลพรรณ สมบุญตนนท์,
Ph.D. (Nursing)
ประธานสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์อัครวุฒิ วิริยเวชกุล,
พ.บ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ศิริพันธุ์ สาสัตย์,
Ph.D. (Nursing Studies - Gerontology)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวิรยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี และนายแพทย์อัครวุฒิ วิริยเวชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ และขอขอบคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์จนสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนทีมสุขภาพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทุกท่าน และขอบพระคุณญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปาริชาติ โรจน์พลากร-กู๊ช ที่ได้กรุณาแนะนำในการวิเคราะห์ทางสถิติ ขอขอบคุณ อาจารย์มลธิรา อุดชุมพิสัย ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงขอขอบพระคุณบิดาที่ล่วงลับไปแล้ว ขอบพระคุณมารดาและสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมถึงสามีและบุตรชาย ที่สนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ที่ได้อนุมัติให้ลาศึกษาต่อและให้ทุนการศึกษา และขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนสนับสนุนบางส่วนจาก ทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ ๘๔ พรรษา มหาราชา ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ขอมอบแด่บุพการี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ฉัตรกมล ประจวบลาภ

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

THE RELATIONSHIPS BETWEEN MUTUALITY, PREDICTABILITY AND CAREGIVER ROLE STRAIN IN OLDER PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE

ฉัตรกมล ประจวบลาภ 5437194 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), อัครวุฒิ วิริยเวชกุล, พบ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูล 3 เดือนโดยการตอบแบบสอบถามการดูแลครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง (Mean = 42.18, S.D. = 6.61, skewness = - 0.33) ความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ (Mean = 14.36, S.D. = 3.87, skewness = 0.15) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทุกด้านค่อนไปทางด้านต่ำ (skewness = 0.26 - 2.76) ยกเว้นด้านความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง (skewness = -0.28) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.24$, $p < .05$, $r = - 0.23$, $p < .05$) และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแลในระดับสูง เพื่อให้สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านปัญหาจากการสื่อสาร และความเครียดโดยรวม

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล / ความสามารถในการทำนายการดูแล / ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล / ผู้ดูแล / ผู้สูงอายุ

Copyright by Mahidol University

186 หน้า

THE RELATIONSHIPS BETWEEN MUTUALITY, PREDICTABILITY AND CAREGIVER ROLE STRAIN IN OLDER PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE

CHATKAMON PRACHUABLARP 5437194 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPAN WIROJRATANA, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), AKRAVUDH VIRIYAVEJAKUL, M.D. (DIPLOMATE THAI BOARD IN NEUROLOGY)

ABSTRACT

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

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

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

KEY WORDS : MUTUALITY / PREDICTABILITY / CAREGIVER ROLE STRAIN / CAREGIVER / ELDERLY

186 page

Mahidol University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ฌ**
สารบัญแผนภูมิ		**ญ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	5
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
	ขอบเขตในการวิจัย	8
	นิยามตัวแปร	8
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม**	**10**
	2.1 โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ	11
	2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	20
	2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	32
	2.4 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	36
	2.5 ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	40

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**43**
	3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
	3.2 สถานที่เก็บข้อมูล	44
	3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
	3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
	3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
	3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**54**
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน	54
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน	62
	ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน	71
บทที่ 5	**อภิปรายผล**	**73**
	ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	73
	ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	75
	ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายการดูแล	75
	ส่วนที่ 4 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน	76
	ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน	79
บทที่ 6	**สรุปผลการวิจัย**	**85**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**89**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**114**
รายการอ้างอิง		**138**

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ภาคผนวก		**145**
ภาคผนวก ก	รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	146
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	153
ภาคผนวก ค	หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	166
ภาคผนวก ง	เอกสารชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	167
ภาคผนวก จ	เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	170
ภาคผนวก ฉ	หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	172
ภาคผนวก ช	หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	179
ภาคผนวก ซ	วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	181
ประวัติผู้วิจัย		**186**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
2.1	แสดงการเปรียบเทียบระยะของโรคตามความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสัน	14
3.1	คะแนนที่ได้จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)	49
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน	55
4.2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน	59
4.3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	63
4.4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการทำนายการดูแล	64
4.5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรง	65
4.6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากความเป็นห่วง	67
4.7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	69
4.8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	70
4.9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดโดยรวม	71
4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน	71
4.11	การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	72

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)	7
2.1	กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)	25

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้สามารถลดอัตราการตายและส่งผลให้อายุคาดหวังของประชากรยืนยาวขึ้น จากการสำรวจแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุระดับประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) พบว่าประชากรสูงอายุ ในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวน 7.4 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573

ความสูงอายุนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุ (Vernon, 2009) เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆอาจมีอัตราการเกิดโรคต่ำ แต่สถิติของผู้ป่วยในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2552 พบผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันประมาณ 16 คน (15.57 คน) จากจำนวนประชากร100,000 คน และจากสถิติโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นครั้งแรกในประเทศไทย พ.ศ. 2553-2554 พบว่ามีผู้ป่วยลงทะเบียนเป็นจำนวนมากกว่า 60,000 คน คิดเป็นความชุกในประเทศไทย 242.57 ต่อประชากร 100,000 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมีมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวเป็นภาระของครอบครัวและภาระโดยรวมของประเทศทั้งในเรื่องการดูแลและปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาท เกิดจากการเสื่อมและตายลงของเซลล์ในส่วนของ Substantia nigra ใน Basal ganglia ซึ่งจะมีการสูญเสียเซลล์เหล่านี้ร้อยละ 70 – 80 (Wallace, 2008) เซลล์ในส่วนนี้มีหน้าที่ในการผลิตสาร Dopamine ในสมองซึ่งมีความสำคัญในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อสาร Dopamine น้อยลง จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของความเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) อาการสั่นขณะอยู่นิ่ง (Resting tremor) อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (Muscular rigidity) และปัญหาในการทรงตัวลำบาก (Postural instability) และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของการเดินและการทรงตัวซึ่งเป็นผลจากการทำงานเสื่อมลงของระบบที่ทำงานประสานกันระหว่างระบบรับความรู้สึก

Copyright by Mahidol University

และระบบการสั่งการ ทำให้กล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การรับความรู้สึกโดยเฉพาะการรับแรงสั่น (Vibratory sensitivity) ลดลงเป็นผลให้การเดินและการทรงตัวเปลี่ยนไป (ปณิตา ลิมปะวัฒนา, 2552) เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคพาร์กินสันผลที่เกิดตามมา ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะการติดเชื้อ แผลกดทับ ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ ภาวะทุพโภชนาการจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ถึงแม้ว่าการรักษาโรคพาร์กินสันจะก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดแน่นอนว่ามีอะไรที่สามารถป้องกันการเกิดโรคพาร์กินสัน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) จากการวิจัยพบว่าระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday & McCann, 2010) ซึ่งการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ยาวนานและระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) การคิดรู้บกพร่อง เช่น เกิดอาการหลงลืม ส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะพึ่งพิงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของประเทศไทย พบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มของญาติสายตรง ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน (คู่สมรส บุตรสาว บุตรชาย เขย/สะใภ้) พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.2 ดังนั้น สุขภาพของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือเลวลงขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเป็นหลัก สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่จะมีความต้องการการเอาใจใส่ และความรักจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

จากสถานการณ์ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และภาวะเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านประกอบกับต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลการรักษา รวมทั้งดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรืออุบัติเหตุต่างๆ เป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องทำหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อาจเกิดความขัดแย้งในบทบาทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายแย่ลง ทำให้ส่งผลต่อด้านจิตใจคือ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทสูงขึ้น (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในประเทศอังกฤษ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเจ็บป่วย เกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ที่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และร้อยละ 60 ของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียด (Daily mail reporter, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่

Copyright by Burapha University

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Abendrotha et al., 2011) ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีเวลาสำหรับตนเองน้อยลงหรือทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองน้อยลง เมื่อเข้ารับบทบาทผู้ดูแล ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว มี 2 ลักษณะ คือ ความสัมพันธ์ที่เป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) กล่าวคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คือ ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิม และเป็นสัมพันธภาพที่มีผลต่อการเอาใจใส่ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีมาก่อนก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเต็มใจมุ่งมั่นที่จะดูแลอันเนื่องมาจากความรักและผูกพัน แต่หากความสัมพันธ์เป็นไปทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า (ชะโลม วิเศษโกสิน, 2551) ต่างกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่กล่าวถึงคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลในขณะนั้น (Archbold, 1990) การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กันภายใต้สถานการณ์การดูแล จึงเลือกที่จะศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษา

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสำคัญในการดูแล เพราะหากผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เช่น มีความรัก ความผูกพัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน คุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1990) เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) และสามารถบ่งบอกได้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว (เล็ก สมบัติ, 2549) การศึกษาในต่างประเทศ (Lyons, 2007; Lyons, Stewart, Archbold & Carter, 2009; Schumacher, Stewart & Archbold, 2007; Tanji, Anderson, Gruber-Baldini, Fishman, Reich & Weiner, et al., 2008) พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้เสี่ยงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แต่ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงส่งผลให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลง ส่วนในประเทศไทยพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2545) ต่างจากการศึกษาของ วัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = -0.32$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสัน แก้วระยะ (2540) และ

Copyright by Mahidol University

นิภาวรรณ สามารถกิจ (2553) ที่พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = -0.63, p < .05, r = -0.30, p < .001$ ตามลำดับ)

จากหลักฐานทางการแพทย์ได้บ่งบอกถึงอาการหลากหลายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และพบข้อสังเกตว่าผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายมีอาการไม่เหมือนกันร้อยเปอร์เซ็นต์ คือความแตกต่างในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้น หรือแตกต่างกันในรายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุนนาค. 2550) จากอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงอาจแตกต่างกันไปได้ในแต่ละวัน ความสามารถในการทำนายการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ถ้าผู้ดูแลสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีและลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Archbold, 1991; Wirojratana, 2002) และจากการศึกษาของวัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) พบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดจากการดูแล ($r = -0.45, P < .05$)

จากที่ได้กล่าวอ้างงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) ยังมีปริมาณการศึกษาที่น้อยและไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจน เนื่องจากผลการศึกษายังมีข้อขัดแย้งกัน โดยเฉพาะในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่น้อย ซึ่งการศึกษายังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบางโรคและไม่พบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งด้วยความแตกต่างของอายุ วัฒนธรรม ความเชื่อ บริบททางสังคม คุณภาพการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะพึ่งพาที่แตกต่างกันในแต่ละระยะของความรุนแรงของโรคที่มีการดำเนินโรคที่ยาวนาน จากปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้เกิดความแตกต่างในความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาในปัจจัยดังกล่าว ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลให้ลดลง เพิ่มความรู้สึกด้านบวกในการดำรงบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่กระทบหรือส่งผลน้อยที่สุดต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล

Copyright by Mahidol University

คำถามการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นอย่างไร

2. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. ความสามารถในการทำนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

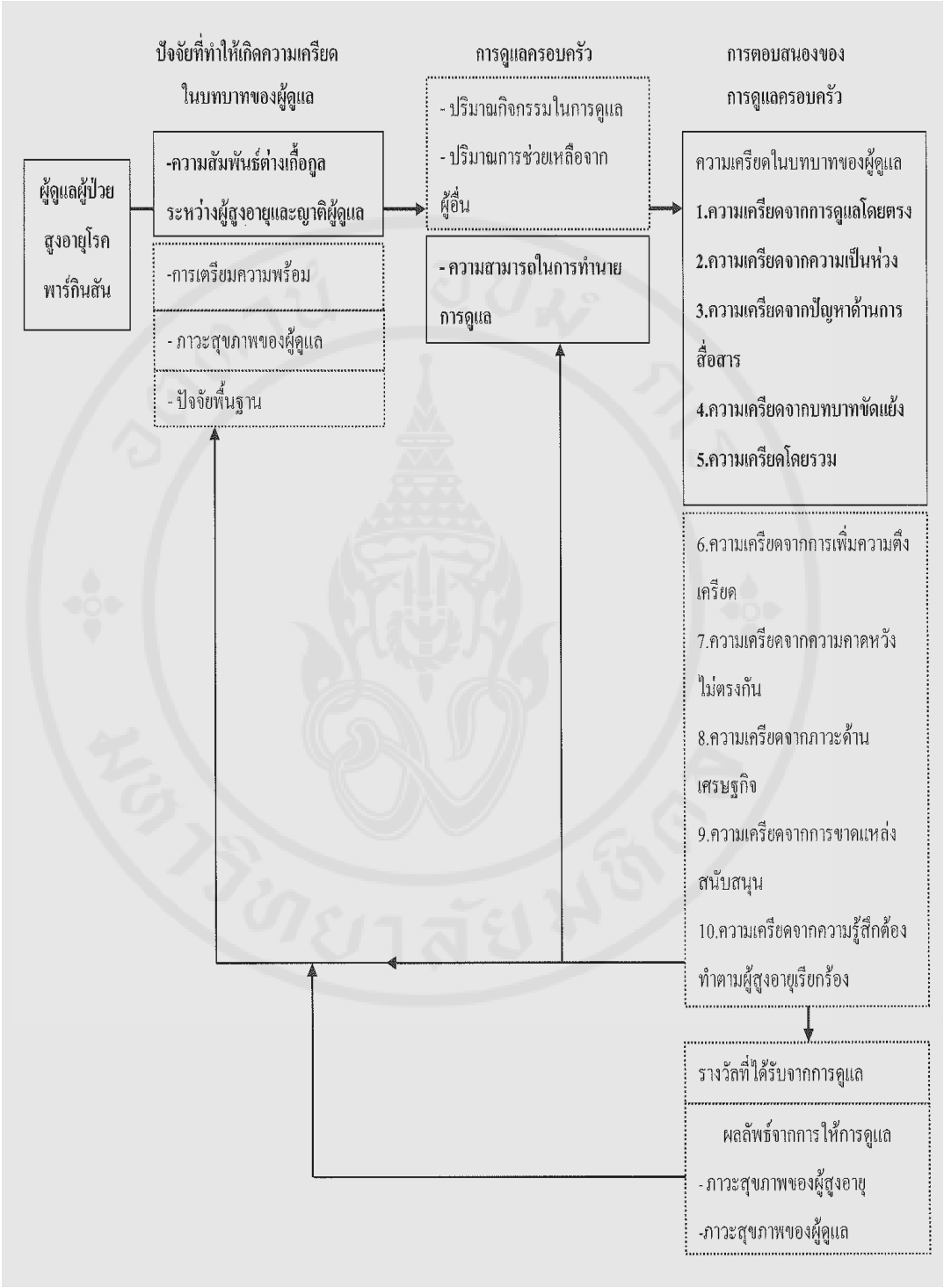
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยนำแนวคิด The Family Care Model ซึ่งพัฒนาโดย อาร์ตโบน และสจ๊วต (Archbold & Stewart, 1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา Archbold & Stewart (1980) ได้กล่าวถึงปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแล ปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็น

Copyright by Mahidol University

ผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อประสบการณ์การดูแลด้านลบ คือความเครียดในบทบาท (Caregiver role strain) และประสบการณ์ด้านบวก คือรางวัลในการดูแล (Rewards of family care) และผลจากการทำหน้าที่ดูแลจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลมีปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้นได้หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (Personal factors) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) และภาวะสุขภาพ (Health) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยและมีภาวะพึ่งพามากขึ้น ญาติผู้ดูแลมีบทบาทใหม่คือการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีลักษณะของอาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2551) ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ความสามารถในการทำนายการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ถ้าผู้ดูแลสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีและลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Archbold, 1991; Wirojratana, 2002) และสิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในครอบครัวก็คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ (เล็ก สมบัติ, 2549) ดังนั้นการให้ความรัก ความผูกพัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน จะสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1990; Lyons, 2008; Lyons, Stewart, Archbold & Carter, 2009; Schumacher, Stewart & Archbold, 2007; Tanji, Anderson, Gruber-Baldini, Fishman, Reich & Weiner, et al., 2008) จากกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (The Family Care Model) ของอาร์ตโบน และสจ๊วต (Archbold, & Stewart, 1980) สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังแผนภูมิที่ 1.1

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)

หมายเหตุ เส้นทึบ (____) หมายถึง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
เส้นประ (.....) หมายถึง ตัวแปรที่ไม่ได้ใช้ในศึกษา

Copyright by Mahidol University

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยญาติผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 106 ราย

นิยามตัวแปร

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ของการดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (Love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (Shared pleasurable) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (Shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocity) ประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back - translation) โดย Wirojratana (2002) จำนวน 15 ข้อ

ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) หมายถึง ความสามารถในการคาดการณ์และการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back - translation) โดย Wirojratana (2002) จำนวน 7 ข้อ

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver role strain) หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากในการทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง (Strain from direct care) ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร (Strain from communication problem) ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง (Strain from role strain) ความเครียดจากความเป็นห่วง (Strain from worry) และความเครียดโดยรวม (Global strain) ประเมินได้จาก

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back - translation) โดย Wirojratana (2002) ทั้งหมดจำนวน 87 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความเครียดจากการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

2.1 โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

- 2.1.1 ความหมาย
- 2.1.2 สาเหตุของโรคพาร์กินสัน
- 2.1.3 พยาธิสรีรภาพ
- 2.1.4 ระยะของโรค
- 2.1.5 ปัญหาด้านร่างกาย
- 2.1.6 ปัญหาด้านจิตใจ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

- 2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)
- 2.2.2 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2.3 บทบาทของผู้ดูแล
- 2.2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2.4 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

2.5 ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

2.6 สรุป

Copyright by Mahidol University

2.1 โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมาย

โรคพาร์กินสัน (Pakinson's disease) เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทำให้เกิดอาการที่สำคัญคือ อาการสั่น (Resting tremor) อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) และการทรงตัวลำบาก (Postural instability) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีอยู่ 2 ประเภทคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันมาก่อนและการดำเนินของโรคเรื่อยมาจนเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (Weintraub, Comella & Horn, 2008; Koller & Melamed, 2007)

2.1.2 สาเหตุของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมทางระบบประสาท (Neurodegenerative disorders) เป็นความเสื่อมของเซลล์ที่ผลิตสารโดปามีนในก้านสมองส่วนที่เรียกว่า Substantia nigra แต่สาเหตุที่ทำให้เซลล์ส่วนนี้เสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ว่าเกิดขึ้นจากปัจจัยใด แม้ว่าจะมีหลายทฤษฎี และหลายสมมุติฐานที่ส่งผลให้การรักษาโรคพาร์กินสันนั้นหายขาด แต่ยังเป็นไปไม่ได้ในปัจจุบัน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคพาร์กินสันพบได้โดยประมาณอยู่ที่ร้อยละ 0.3 ของประชากรโดยรวม และจะพบอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น หรือประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี (De & Breteler, 2006) ส่วนในประเทศไทยในอดีตยังไม่มีการศึกษาถึงสถิติของโรคพาร์กินสันทั้งในแง่ของความชุกและอัตราการเกิดโรค ปัจจุบันมีโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นครั้งแรกในประเทศไทย พ.ศ. 2553-2554 พบว่าผู้ป่วยได้ลงทะเบียนเป็นจำนวนมากกว่า 60,000 ราย คิดเป็นความชุกในประเทศไทย 242.57 ต่อประชากร 100,000 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2554)

2.1.3 พยาธิสรีรภาพ

การเสื่อมของสมองในส่วน Substantia nigra ส่งผลต่อการทำงานที่ต่อเนื่องของสมองที่เรียกว่า Striatum เสียไป ส่งผลให้เกิดการทำงานที่ไม่สมดุลในส่วนของ Direct และ Indirect pathway ใน Basal ganglia ทำให้เกิดอาการสั่นและเคลื่อนไหวช้า อาการส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นชัดเจนเมื่อจำนวนเซลล์ (Dopaminergic cells) ในส่วนของ Substantia nigra ลดน้อยลงไปเป็นอย่างน้อย 60% จากปกติ

Copyright by Mahidol University

การตรวจทางพยาธิสภาพ ในสมองของผู้ป่วยพาร์กินสันก็จะพบว่า Substantia nigra ที่ปกติมีสีเข้ม ค่อนข้างดำในคนปกติ ก็จะจางลงไป การตรวจทางจุลพยาธิสภาพก็จะพบ Lewy body ซึ่งเป็นก้อนโปรตีน (Inclusion) ใน Cytoplasm ที่พบมากในเซลล์สมองส่วน Substantia nigra, Locus coeruleus, Thalamus และพบบ้างในส่วนของ Cerebral cortex การพบ Lewy body ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีรูปร่างกลมย้อมติดสีแดง ไม่ได้บ่งเป็นสิ่งที่วินิจฉัยโรคพาร์กินสันแต่อย่างเดียว เนื่องจาก Lewy body สามารถพบได้ในผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการของโรคพาร์กินสัน และโรคความเสื่อมของระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งโรคอัลไซเมอร์

การเสื่อมของเซลล์ในส่วน Substantia nigra ซึ่งมีหน้าที่ในการผลิต Dopamine นั้น ส่งผลให้ปริมาณของ Dopamine ในสมองมีน้อยลง โดยปกติแล้ว Dopamine ถูกเปลี่ยนมาจาก Amino acid tyrosine โดยใช้เอนไซม์ที่มีชื่อว่า Tyrosine Hydroxylase (TH) TH นี้ก็มีปริมาณน้อยลงในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเช่นเดียวกัน หลังจากโดปามีนถูกผลิตขึ้นมาก็จะถูกเปลี่ยนต่อไป โดยเอนไซม์ที่เรียกว่า Monoamine oxidase (MAO) และ Cathechol-O-Methyl Transferase (COMT) จนเป็นสารสุดท้ายที่เรียกว่า Homovanillic acid (HVA) ก่อนที่จะถูกกำจัดออกไปจากร่างกาย เอนไซม์ MAO และ COMT นี้มีความสำคัญ เพราะเป็นตำแหน่งของยาที่ใช้ในการรักษา โรคพาร์กินสันในปัจจุบันออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ดังกล่าว (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2550) ถึงแม้ว่าพยาธิสภาพของโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่อยู่ที่ Substantia nigra ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวดังที่ได้กล่าวไว้ในปัจจุบัน พบว่าการเสื่อมของระบบประสาทในโรคพาร์กินสันเริ่มที่ในส่วนของ Dorsal motor nucleus of vagus nerve และมีการเสื่อมในลักษณะที่เริ่มจากส่วนล่างของ Brainstem ใน Medulla ก่อนที่การเสื่อมจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในลักษณะ Caudal-Rostral extension และมีการแบ่งออกเป็นระยะ ในระยะที่การเสื่อมอยู่แต่เพียงที่ Dorsal motor nucleus of vagus nerve, Olfactory bulb และ Intermediolateral column ของไขสันหลัง (ระยะการดำเนินของโรคอยู่ที่ ระยะ 1, 2) ผู้ป่วยจะยังไม่มีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว แต่จะมีอาการนำอื่นๆ เช่น ปัญหาในเรื่องของการดมกลิ่น หรือการรับรสที่ลดลง ซึ่งเรียกว่า Predromal symptoms เมื่อการเสื่อมของระบบประสาทไปถึงส่วนของ Midbrain ที่รวมถึง Substantia nigra ผู้ป่วยมักเริ่มมีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว และอาการสั่น หลังจากนั้นการเสื่อมยังคงดำเนินต่อเนื่องในลักษณะที่ขึ้นข้างบนซึ่งถ้าเมื่อไปถึงส่วนของ Temporal cortex และ Cerebral cortex อื่นๆ ผู้ป่วยก็สามารถแสดงอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองส่วนนั้น เช่น อาการเห็นภาพหลอน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบข้อสันนิษฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคพาร์กินสัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2553) ได้แก่

Copyright by Mahidol University

1. ความชราภาพของสมอง มีผลทำให้เซลล์สมองที่สร้างสารโดปามีน มีจำนวนลดลง โดยมากพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และจัดว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีสาเหตุจำเพาะแน่นอน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด

2. หลอดเลือดในสมองอุดตัน ทำให้เซลล์สมองที่สร้างโดปามีนมีจำนวนน้อย หรือหมดไป

3. สารพิษทำลายสมอง ได้แก่ สารแมงกานีสในโรงงานถ่านไฟฉาย พิษจากสารคาร์บอนมอนนอกไซด์

4. สมองขาดออกซิเจน ในกรณีที่จมน้ำ ถูกบีบคอ เกิดการอุดตันในทางเดินหายใจจากเสมหะหรืออาหาร เป็นต้น

5. ศีรษะถูกกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ หรือโรคเมาหมัดในนักมวย

6. การอักเสบของสมอง

7. โรคทางพันธุกรรม เช่น โรควิลสัน ซึ่งเกิดจากการที่มีอาการของโรคตับพิการร่วมกับโรคสมอง สาเหตุมาจากธาตุทองแดงไปเกาะในตับและสมองมากจนเป็นอันตรายขึ้นมา

8. ยากลุ่มต้านแคลเซียมที่ใช้ในโรคหัวใจ โรคสมอง ยาแก้เวียนศีรษะ และยาแก้อาเจียนบางชนิด

2.1.4 ระยะของโรค

อาการและอาการแสดงจะพบมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรคตามความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสัน แบ่งออกเป็น 5 ระยะ แต่ต่อมาในปีเดียวกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจในลำดับความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสันช่วงรอยต่อของแต่ละระยะมากขึ้น จึงแบ่งระยะของโรคเพิ่มเป็น 8 ระยะ ดังตารางที่ 1.1 (Hoehn & Yahr, 1967; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค, 2550; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2.1 แสดงการเปรียบเทียบระยะของโรคตามความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสัน

ระยะตามความรุนแรงของโรค	Hoehn and Yahr Scale	Modified Hoehn and Yahr Scale
0	-	ยังไม่มีอาการแสดงของโรค
1	มีอาการเพียงข้างใดข้างหนึ่ง มีภาวะบกพร่องของการทำงานส่วนต่างๆของร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย	มีอาการเพียงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย
1.5	-	มีอาการเพียงข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับแกนกลางของร่างกาย
2	มีอาการทั้งสองข้าง แต่ไม่พบความบกพร่องของการทรงตัว	มีอาการทั้งสองด้านของร่างกาย โดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว
2.5	-	มีอาการทั้งสองด้าน ร่วมกับแกนกลางของร่างกาย
3	การทรงตัวเริ่มเสียไป การทำหน้าที่ของร่างกายเริ่มจำกัด แต่พอช่วยเหลือตนเองได้ อาจเกิดภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	มีอาการทั้งสองด้าน ร่วมกับปัญหาเรื่องการทรงตัว ยังช่วยเหลือตัวเองได้
4	อาการของโรคปรากฏเด่นชัดขึ้น มีภาวะทุพพลภาพมากขึ้น	มีอาการมากทั้งสองด้าน แต่ยังสามารถยืนและเดินได้โดยอาศัยคนช่วยเหลือ
5	ต้องนั่งรถเข็นหรือนอนอยู่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา	มีอาการรุนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ต้องนั่งอยู่บนรถเข็น หรือนอนอยู่บนเตียง

Copyright by Mahidol University

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เมื่อมีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นระดับการช่วยเหลือตนเองจะลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น ซึ่งระดับการพึ่งพานั้นจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคหรือความพิการต่างๆ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ในการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการมีทักษะในการดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมทางระบบประสาทที่พบในผู้สูงอายุและเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะการดำเนินของโรคยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday, & McCann, 2010) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหลากหลายแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยและเป็นปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1.5 ปัญหาด้านร่างกาย

1) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor symptoms)

1.1 อาการสั่น (Resting tremor) เป็นอาการเริ่มแรกในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่ตรวจพบได้ และจะเริ่มสั่นที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่ออยู่เฉยๆ เช่น เมื่อดูทีวี สนทนากับเพื่อน ส่วนมากจะเกิดที่ปลายนิ้วในระยะเริ่มแรก ซึ่งต่างจากการสั่นแบบพันธุกรรมที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่เรียกว่า Essential Tremor (ET) ซึ่งอาการสั่นจะเกิดสองมือพร้อมกันและจะไม่เกิดในขณะที่มืออยู่เฉย จะเกิดอาการสั่นในขณะที่ใช้มือนั้นทำงาน เช่น หยิบแก้วน้ำหรือตักอาหาร อาการสั่นจากโรคพาร์กินสันทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน และทำให้เป็นอุปสรรคกับการพบปะกับเพื่อนหรือออกงานทางสังคม

1.2 อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) เป็นอาการหลักอีกอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุทำอะไรช้าลงหรือมีช่วงการก้าวเดินที่แคบหรือเล็กลงขณะเคลื่อนไหว ซึ่งมักเกิดในด้านเดียวกับที่มีอาการสั่นก่อน และพบว่าผู้ป่วยมักจะมีระยะเวลาพักก่อนที่จะมีการเคลื่อนไหวครั้งต่อไป (Akinesia)

1.3 อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) มักเกิดกับแขนหรือขาข้างเดียวกับที่มีอาการสั่น และสังเกตได้ยากด้วยตาเปล่า แต่มักเป็นอาการที่แพทย์ตรวจพบได้จากการตรวจร่างกายตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาพบแพทย์ เช่น มีลักษณะที่ข้อศอกงอขึ้นด้านใดด้านหนึ่งอาจเป็นอาการแข็งเกร็งของข้อศอกด้านนั้นที่ไม่สามารถเหยียดแขนออกได้เต็มที่

Copyright by Mahidol University

1.4 การทรงตัวลำบาก (Postural instability) อาการนี้มักจะไม่เกิดกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะแรก แต่จะเกิดเมื่อการดำเนินของโรคผ่านไปประมาณ 2-5 ปี การทรงตัวที่ไม่ดีทำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการตัวเอนไปข้างหน้าหรือด้านหลังทำให้ล้มลงได้ง่าย ซึ่งพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีปัญหาการเดินติดขัดและหกล้ม (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงการเดินและการทรงตัวตามวัยในผู้สูงอายุก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว กล่าวคือเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบรับความรู้สึก(Sensory, Vestibular, Visual function) และระบบสั่งการ (Motor function) ที่ทำงานประสานกันเริ่มเสื่อมประสิทธิภาพ เช่น มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การรับความรู้สึกโดยเฉพาะการรับแรงสั่น (Vibratory sensitivity) ลดลง เป็นผลให้การเดินและการทรงตัวเสียไป(ปณิตา ลิมปะวัฒนะ, 2552) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องคอยอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยเดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

จากงานวิจัยพบว่าอาการผิดปกติในการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดความวิตกกังวลมากกว่า 30% และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 50% (Leentjens, Dujardin, Marsh, Martinez-Martin, Richard, Starkstein et al., 2008; Han, Ohnishi, Nonaka, Yamauchi, Hozuki, Hayashi et al., 2011) และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเป็นสาเหตุทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Kostic, Pekmezovic, Tomic, Jecmenica-Lukic, Stojkovic, Spica et al., 2010)

2). ความผิดปกติที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (Nonmotor symtoms)

ในปัจจุบันอาการของโรคพาร์กินสันไม่ได้จำกัดแค่ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว แต่ยังพบว่ามีปัญหาที่นอกเหนือจากอาการด้านการเคลื่อนไหวที่สามารถเกิดขึ้นได้ และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่น้อยกว่าปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ดังนี้

2.1 ปัญหาในเรื่องการนอน (Sleep disturbances) พบได้ประมาณร้อยละ 60-98 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Truong, Bhidayasiri & Wolters, 2008) ซึ่งอาการที่พบบ่อยคือ การนอนหลับและตื่นเป็นช่วงๆในตอนกลางคืนจากการเกิดอาการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ภาวะง่วงนอนและนอนหลับกลางวัน เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมของระบบประสาทจากการเกิดโรค ภาวะทางจิต และยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบถึงคุณภาพการนอนและการได้พักผ่อนของผู้ดูแลด้วย (Happe & Berger, 2002)

Copyright by Mahidol University

2.2 อาการท้องผูก (Constipation) เป็นอาการที่พบบ่อยร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Jost, 2010; Magerkurth, Schnitzer & Braune, 2005) เป็นปัญหาที่พบได้ตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดโรคพาร์กินสัน(Lauretani, Maggio, Silvestrini, Nardelli, Saccavini & Ceda, 2012) ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช้าลงร่วมกับการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในช่องเชิงกรานที่ผิดปกติ และเชื่อว่าเกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่

2.3 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) พบได้ประมาณร้อยละ 75 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Winge & Fowler, 2006)โดยมีอาการแรกสุด คือ อาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor ที่มีภาวะเกร็งมากกว่าปกติ

2.4 ภาวะเสื่อมสมรรถนะทางเพศ (Sexual dysfunction) พบบ่อยถึงร้อยละ 60-70 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Bronner, Royter, Korczyn & Giladi, 2004) โดยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การดำเนินของโรค ผลข้างเคียงของยาในการรักษา สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย และระดับฮอร์โมน testosterone ที่ลดลง ในเพศชายแสดงอาการ คือ การหลั่งเร็วกว่าปกติ อวัยวะเพศแข็งตัวช้า ส่วนในเพศหญิงจะแสดงอาการ คือ ความต้องการทางเพศที่ลดลง และภาวะไม่ถึงจุดสุดยอด

2.5 ปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) คือ ความดัน Systolic ที่ลดลงมากกว่า 20 mmHg หรือความดัน diastolic ที่ลดลงมากกว่า 10 mmHg เมื่อเปลี่ยนท่าเป็นยืน (Lahmann, Cortelli, Hilz, Mathias, Struhal & Tassinari, 2006) ซึ่งจะพบอาการ เวียนศีรษะ หรือ หมดสติ พบประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยที่ร้อยละ 60 จะไม่แสดงอาการ สาเหตุเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนปลาย ผลข้างเคียงของยา และภาวะที่มีเกลือแร่ผิดปกติในร่างกาย

2.6 ภาวะเหงื่อออกมากกว่าปกติ (Hyperhidrosis) เกิดขึ้นได้ในช่วงที่ยาหมดประสิทธิภาพหรือในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการยุกยิก (Dyskinesia) หือช่วงที่มีอาการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นกว่าปกติ (Pussiainen, Haapaniemi, Korpelainen, Sotaniemi & Myllyla, 2007)

2.7 ภาวะน้ำลายไหลยืด (Sialorrhea) พบได้มากถึงร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Edwards, Pfeiffer, Quigley, Hofman & Balluff, 1991) ส่วนใหญ่เกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนทำงานน้อยลง หรือมีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งต่อมน้ำลายยังคงผลิตน้ำลายเป็นปกติ

2.8 อาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ (Pain) พบได้ประมาณร้อยละ 40-85 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน อาการปวดที่เกิดขึ้นจะไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ระยะการดำเนินของโรคและระยะเวลาที่เกิดโรค อาการปวดที่พบได้ คือ ปวดกระดูก ปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการปวดแปลบตามเส้นประสาท อาการปวดอย่างรุนแรง (Central pain) ตามลำดับ ซึ่งอาการปวด

Copyright© by Mahidol University

เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความทุกข์ของผู้ดูแล (Hanagasi, Akat, Gurvit, Yazici, & Emre, 2011)

2.9 อาการเหนื่อย อ่อนล้า (Fatigue) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบได้ประมาณร้อยละ 33-58 ทำให้แรงจูงใจและการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดภาวะพึ่งพาและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลมากขึ้น (Havlikova, Dijk, Rosenberger, Nagyova, Middel & Dubayova et al., 2008)

2.10 การกลืนลำบาก (Dysphagia) การกลืนเป็นกลไกที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของอวัยวะหลายอย่าง เช่น ลิ้น ลิ้นไก่ หลอดอาหาร และกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน เมื่อเกิดความผิดปกติ จึงส่งผลให้เกิดอาการกลืนลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นและสัมพันธ์กับภาวะน้ำลายไหลยืด (Sialorrhea) พบได้ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันตั้งแต่ระยะแรกของการดำเนินโรค และพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด เกิดปอดอักเสบและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประเทศญี่ปุ่นประมาณ 57% ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Jost, 2010; Han, Ohnishi, Nonaka, Yamauchi, Hozuki, & Hayashi et al., 2011)

2.11 การพูดลำบาก (Dysarthria) เป็นอาการหนึ่งที่ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบ อาการพูดเบาลง พูดรัวเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ (รุ่งโรจน์ ทิพยศิริ, 2553) ผู้ป่วยอาจเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในสิ่งที่ตนต้องการได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความอดทนในการตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด และพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อยๆ หรือใช้สิ่งอื่นช่วยในการสื่อสาร เช่น มือ หรือ รูปภาพ

2.12 การคิดรู้บกพร่อง (Cognitive dysfunction) เกิดในผู้ป่วยพาร์กินสันได้ประมาณร้อยละ 30-40 ซึ่งจะมากขึ้นเรื่อยๆตามอายุและระยะเวลาการดำเนินของโรคที่ยาวนานขึ้น (รุ่งโรจน์ ทิพยศิริ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครวุฒิ วิริยเวชกุล (2551) ที่พบว่า อายุที่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่อมีอายุน้อย 2.6 เท่า และอาการที่สามารถพบได้ คือ เรื่องความคิด การวางแผน การพิจารณาความเหมาะสม การตัดสินใจ ความยับยั้งชั่งใจที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง และภาวะหลงลืมที่มักจะเกิดขึ้นในช่วงท้ายของโรค

2.13 การดมกลิ่นบกพร่อง (Olfactory disturbance) หรือ Hyposmia คือ จมูกได้รับกลิ่นน้อยลง พบในผู้ป่วยพาร์กินสันมากว่าร้อยละ 90 เป็นอาการเริ่มแรกที่ตรวจพบ และสามารถเป็นตัวประเมินในเบื้องต้นได้ว่าผู้ป่วยอาจเกิดโรคพาร์กินสัน (Ziemssen, & Reichmann, 2007)

Copyright by Mahidol University

2.1.6 ปัญหาด้านจิตใจ

2.1.6.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบได้ประมาณร้อยละ 40-50 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Burn, 2002; Ziemssen & Reichmann, 2007) อาการมักไม่รุนแรง เช่น อารมณ์ห่อเหี่ยว ความสนใจต่อสิ่งต่างๆลดลง ความคิดที่ช้าลง ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง โดยไม่ได้เกิดจากอาการทางการเคลื่อนไหวที่แย่ลงเพียงอย่างเดียว และพบว่าอาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Schrag, 2006; Schrag, Jahanshahi & Quinn, 2000)

2.1.6.2 ความวิตกกังวล (Anxiety) พบได้ประมาณร้อยละ 25-50 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Richard, 2005) อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากผิดปกติมักเกี่ยวกับเรื่องในชีวิตประจำวัน พบได้ประมาณร้อยละ11 หรือมีอาการกลัวอย่างรุนแรงซึ่งจะพบอาการทางกายร่วมด้วยพบได้ประมาณละ 30 (Leentjens, Dujardin, Marsh, Martin, Richard & Starkstein et al., 2008) และพบว่าผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีการเดินผิดปกติและการทรงตัวลำบากจะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการสั่นเพียงอย่างเดียว (Dissanayaka, Sellbach, Matheson, Sullivan, Silburn, & Byme, 2010)

2.1.6.3 ภาวะวิกลจริต (Psychosis) พบได้ประมาณร้อยละ 30 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน มักจะเกิดขึ้นเมื่อการดำเนินของโรค 10 ปีขึ้นไป และสาเหตุเกิดจากผลข้างเคียงของยาซึ่งควบคุมได้ยาก (Rabey, 2009)

2.1.6.4 อาการประสาทหลอน (Hallucinations) กลุ่มอาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations) เป็นสิ่งที่พบบ่อยที่สุด มักจะเห็นเป็นภาพคนหรือสัตว์ที่ไม่น่ากลัว เกิดขึ้นได้ในตอนหัวค่ำหรือช่วงกลางคืน รองลงมาคืออาการหลอนทางการได้ยิน และอาการหลงผิด (รุ่งโรจน์ ทิพยศิริ, 2553)

2.1.6.5 ความไม่ยับยั้งชั่งใจ (Impulse control disorders, ICDs) เป็นอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ความต้องการทางเพศที่เพิ่มขึ้น ชอบซื้อของโดยไม่สามารถควบคุมการใช้จ่ายได้ และการติดการพนัน เป็นต้น (Voon, Hassan & Zurowski, 2006; Voon, Thomsen, Miyasaki, de Souza, Shafro, & Fox et al., 2007)

นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคพาร์กินสันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการของการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งภาระเรื่องค่าใช้จ่ายจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงในการซื้อยาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล (Winter et al., 2010; Campenhausen, 2011; Neuroscience, 2009)

Copyright by Mahidol University

จะเห็นได้ว่า การป่วยเป็นโรคพาร์กินสันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันและเมื่อต้องเข้าสังคม เนื่องจากอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะทางด้านการเคลื่อนไหว (Motor symptoms) ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้ง 4 อาการหลักข้างต้น และไม่ได้มีเพียงแค่อาการทางด้านการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังมีอาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (Non-motor symptoms)

ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นปัญหามากขึ้นในปัจจุบัน อาการเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งส่งผลถึงครอบครัวและผู้ดูแลด้วย และเมื่อผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน จากการเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมตามวัยจะยิ่งส่งผลทำให้อาการของโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจรุนแรงมากขึ้น จากอาการแสดงของโรคที่เป็นปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ญาติและครอบครัวก็มีส่วนช่วยผู้ป่วยสูงอายุได้มากเช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้จึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ว่ามีปัจจัยใดที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาทผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)

แนวคิดการดูแลครอบครัว พัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Archbold (1980) และทฤษฎีบทบาท โดยเริ่มจากการสำรวจการดูแลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และต่อมา Archbold and Stewart ได้พัฒนากรอบแนวคิดขึ้นในช่วงต้นถึงกลางปี ค.ศ. 1982 เป็นแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพยาบาล เพื่อให้เข้าใจการประเมินปัญหาความต้องการ และวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแล และปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลต่อประสบการณ์การดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ว่าลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นการ

Copyright© by Mahidol University

ตอบสนองของการดูแลครอบครัว แบ่งออกเป็นประสบการณ์การดูแลด้านลบคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และประสบการณ์การดูแลด้านบวกคือ รางวัลที่ได้รับจากการดูแล ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านนี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Wirojratana, 2002)

แนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980 - 1982) ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ๆ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Antecedent factors) การดูแลครอบครัว (Family care) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care) และผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Antecedent factors)

1.1 ปัจจัยพื้นฐาน

เพศ ผู้ดูแลเพศหญิงมักจะคาดหวังว่าสามารถทำทุกอย่างได้ด้วยตนเอง เมื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลอาจจะทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและมีภาวะเครียดได้ (Lueckenotte, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinquart & Sorensen (2006) และ Yee & Schulz (2000) ที่พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงที่ดูแลผู้สูงอายุจะเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระ เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพที่แย่ลง มากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และ Lyons et al. (2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จำนวน 255 คู่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นระยะเวลา 10 ปีของการดูแล พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และในช่วงระยะเวลา 10 ปีของการดูแล พบว่าความเครียดในบทบาทนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและสูงที่สุดในปีที่ 10 ของการดูแล

อายุ จากการศึกษาของ Carter, Lyons, Stewart, Archbold & Scobee (2010) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 65 คน โดยแบ่งเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 37 คน และอยู่วัยสูงอายุอีก 28 คน พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ อาจมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลในวัยผู้ใหญ่มีบทบาทอื่นต้องทำร่วมด้วย เช่น การทำงานเลี้ยงชีพ การดูแลบุตร และภาวะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่มีความเสื่อมตามวัยน้อยกว่าในวัยผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ดีกว่า และมีความเครียดในบทบาทน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ (Riedal et al., 1998) และในประเทศไทยจากการศึกษาของ วัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความเครียดจากการดูแล ($r = 0.28$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2

Copyright by Mahidol University

เศรษฐานะ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย จะสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดี และพบว่ามีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อยกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมา มาตยมูล (2547) และ อารีย์ แสงรัศมี (2548) ที่พบว่า เศรษฐานะของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.22, P < .01$; $r = - 0.20, P < .05$ ตามลำดับ)

1.2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (Love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (Shared pleasurable) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (Shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocity) คุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lyons, Sayer, Archbold, Hornbrook & Stewart. (2007) ที่ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 103 คู่ ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 20 เดือน พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จะมีความเสี่ยงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล แต่ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ส่งผลให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลง

1.3 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อมนั้นหมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อว่าตนเองนั้นได้เตรียมความพร้อมที่จะทำหน้าที่ในบทบาทของผู้ดูแล หากผู้ดูแลที่คิดว่าตนเองไม่มีความพร้อมในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลก็จะมีภาวะเสี่ยงต่อความเครียด (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) จากการศึกษาของ Archbold (1990) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลน้อย จะมีความเครียดในบทบาทการดูแลสูง

1.4 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพร่องทั้งด้านร่างกายและความจำอยู่ในระดับสูง จะมีปัญหาทางพฤติกรรม มีปริมาณการดูแล และความต้องการในการดูแลมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นมีความเครียดมากยิ่งขึ้น (Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Pinquart & Sorensen, 2003)

Copyright by Mahidol University

และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลก็มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดี มีโรคประจำตัว เมื่อรับบทบาทการดูแลอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคนั้นรุนแรงขึ้นได้ (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553)

2.การดูแลครอบครัว (Family care)

2.1 ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (Amount of direct care) คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลทางด้านจิตใจ

2.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (Amount of help from others) คือ ผู้ดูแลนั้นมีแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวหรือชุมชน และให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

2.3 ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) คือ ความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแล ทำให้สามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Archbold, 1991; Songwattanayut, 2002; Stewart & Weiner, 2008)

3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care)

ในสถานการณ์ของการดูแล ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์ด้านบวก คือ การได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล (Reward of family care) และประสบการณ์ด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (Caregiver role strain)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากกิจกรรมการดูแล (Care activities) ปัญหาด้านการสื่อสาร (Communication problems) บทบาทขัดแย้ง (Role conflict) ความเป็นห่วงหรือกังวลใจ (Worry) ขาดแหล่งสนับสนุน (Lack of resource) ภาวะด้านเศรษฐกิจ (Economic burden) ความรู้สึกต้องทำตามผู้สูงอายุเรียกร้อง (Feeling of being manipulated)

เพิ่มความตึงเครียด (Increased tension) ความคาดหวังไม่ตรงกัน (Mismatched expectation) และความเครียดโดยรวม (Global strain)

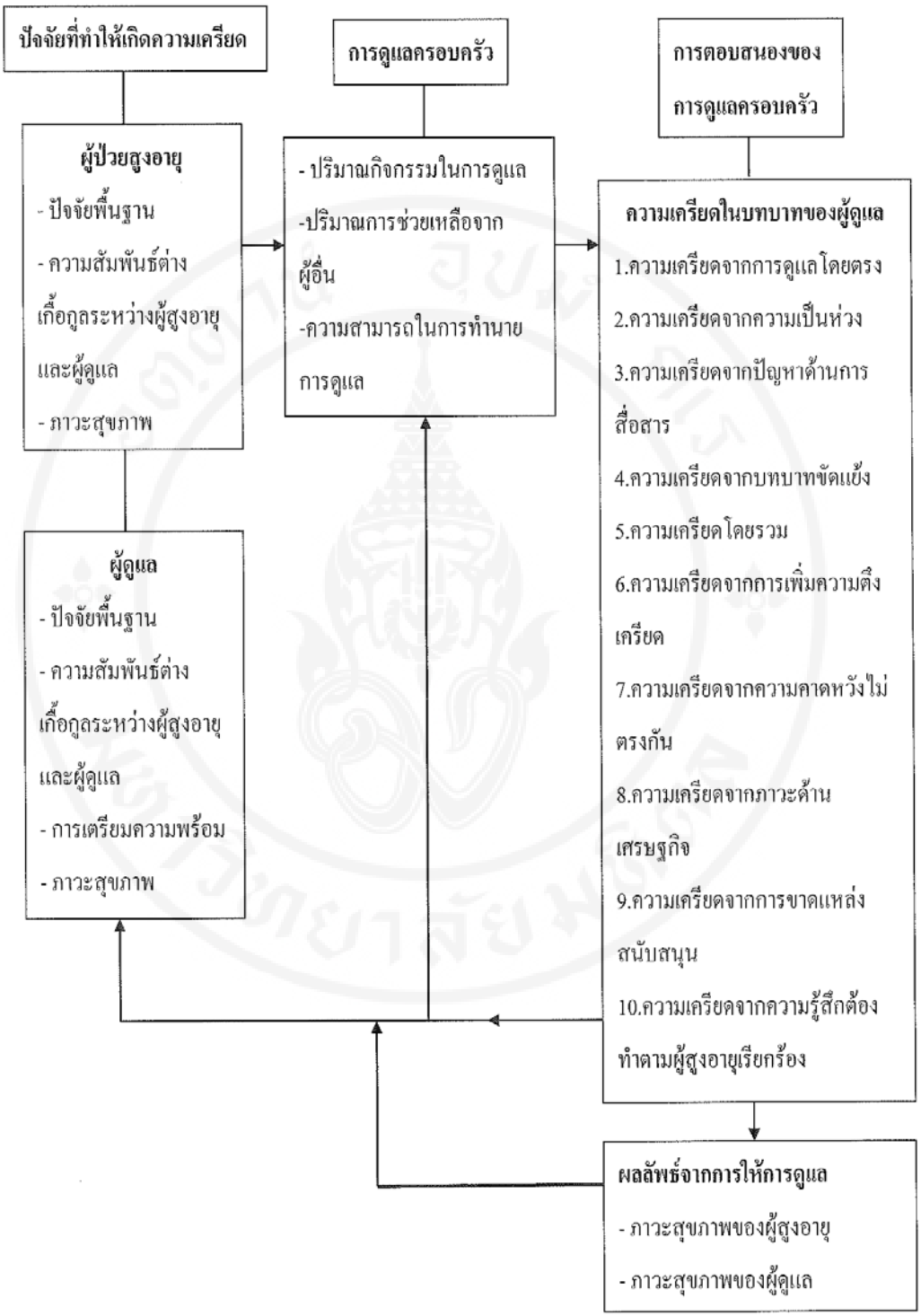
รางวัลจากการดูแล หมายถึง ประสบการณ์ทางด้านบวกที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุทำให้ชีวิตมีความหมาย (Meaning of one self) ความรู้สึกได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Being there for care-receiver) ได้เรียนรู้ (Learning) ได้ประโยชน์ทางด้านการเงิน (Financial) และการเติมเต็มด้านจิตวิญญาณ (Spiritual fulfillment)

Copyright by Mahidol University

4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving)

ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ถ้ากระบวนการดูแลนั้นมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุควรดีขึ้น และลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่ดีนั้นจะไปลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ (Wirojratana, 2002) ดังแผนภาพที่ 1.2

Copyright by Mahidol University



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)

Copyright by Mahidol University

Archbold & Stewart ได้พัฒนาแบบประเมินการดูแลครอบครัว [Family Care Inventory (FCI)] โดยมี 7 แนวคิดหลักด้านการดูแลครอบครัว ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) การเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลครอบครัว (Preparedness) ปริมาณการดูแลของครอบครัว (Amount of family care) ความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลครอบครัว (Help from others in family care) ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver role strain) และ รางวัลที่ได้รับจากการดูแล (Rewards of caregiving) ซึ่งเครื่องมือนี้ดังกล่าวมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย

ระหว่างปี ค.ศ. 1985-1987 Archbold & Stewart ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ในผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 9 เดือน และพบว่าถ้ามีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในระดับสูง ผู้ดูแลจะมีความเครียดในบทบาทน้อย ต่อมาในระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ 1995 เครื่องมือในการประเมินการดูแลของครอบครัวได้ถูกใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์กินสัน โดยมีการศึกษานำร่องเป็นการวิจัยเชิงทดลองก่อนเกี่ยวกับ PREP (Preparedness, Enrichment & Predictability) ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน นอกจากนี้แบบประเมินการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart ได้ถูกพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินการดูแลครอบครัวในบริบทของสังคมคนเอเชีย โดย Inoue (1995) ได้พัฒนาแบบประเมินการดูแลครอบครัวฉบับภาษาญี่ปุ่น (JFCI) และ Wirojratana (2002) ได้พัฒนาแบบประเมินการดูแลครอบครัวฉบับภาษาไทย (TFCI)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์การดูแลครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดที่ใช้ทฤษฎีความเครียดทางจิตวิทยา (Stress theory) เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับความเครียดจากการดูแล ภายในตัวของผู้ดูแลแต่ละบุคคล (Intrapersonal) และแนวคิดที่ใช้ทฤษฎีความเครียดทางสังคม (Strain theory) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล (Interpersonal) ในสถานการณ์ของการดูแลจากครอบครัว

จากความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ถ้ากระบวนการในการดูแลนั้นมีประสิทธิภาพ จะส่งผลทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง รวมทั้งภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุนั้นดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980 - 1982) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการ

Copyright by Mahidol University

พยาบาลในด้านการประเมินญาติผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม (2539) ได้สรุปลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลที่ปรากฏในวรรณกรรมทางการพยาบาลไว้ ดังนี้

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และเพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

2) ผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวการณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญาการรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพานิชย์ มาตรา 1629 ได้กำหนดทายาทโดยธรรมผู้ซึ่งมีสิทธิในการรับมรดกของผู้ตาย ซึ่งเป็นญาติโดยแบ่งออกเป็นญาติทางสายเลือด และญาติตามกฎหมาย และสามารถนำมาใช้เทียบเคียงกับกรณีการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในครั้งนี้ได้ ดังนี้

ญาติทางสายเลือด มี 6 ลำดับ คือ

1) ผู้สืบสันดาน หมายถึง ลูก หลาน เหลน ลื่อ
2) บิดามารดา
3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
4) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
5) ปู่ ย่า ตา ยาย
6) ลุง ป้า น้า อา

และญาติตามกฎหมาย ได้แก่ คู่สมรส

นอกจากนี้ ถ้าจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่

Copyright by Mahidol University

เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลหลายคน Parker (1992) แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Main carers/ Caregiver หรือ Primary caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลป้อนอาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนั้นกลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary carers/ Caregiver) คือ บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม เป็นต้น กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ ผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

2.2.3 บทบาทของผู้ดูแล

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น แรงจูงใจ (Motivation) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ประเภท (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546) คือ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นแรงจูงใจที่คาดหวังว่าจะได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน อาจเป็นค่าจ้าง คำชม หรืออาจป้องกันคำครหาจากผู้อื่นหรือความรู้สึกผิดหากไม่ช่วยเหลือ เป็นต้น และแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เห็นใจ เข้าใจในความยากลำบากของผู้อื่น เป็นการเน้นประโยชน์ให้กับผู้ที่ได้รับการดูแลมากกว่าผู้ให้การดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนี้อาจเกิดแรงจูงใจในผู้ดูแลได้ทั้ง 2 ประเภท นอกจากนี้สังคมและวัฒนธรรมของไทยยังมีอิทธิพลต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เนื่องจาก ประเทศไทยมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่ยกย่องผู้เสียสละและอุทิศตนเพื่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เป็นเครือญาติ รวมทั้งความเชื่อของสังคมไทยเกี่ยวกับความกตัญญูหรือการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งยังพบได้มากในสังคมของชาวพุทธ

Copyright by Mahidol University

เมื่อเกิดสถานการณ์ความเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นการทำกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอยู่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน ในด้านบทบาทของครอบครัวที่มีต่อความเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความทุกข์ ห่วงใยและวิตกกังวลแก่สมาชิกคนอื่นๆ และหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ก็จะเป็นเหตุให้สมาชิกอื่นต้องปฏิบัติหน้าที่แทน ความเจ็บป่วยนี้อาจทำให้เสียเวลาและสูญเสียทรัพย์สิน

ในการดูแลรักษาและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหรือการเจ็บป่วยกับสมาชิกอื่นๆได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ทำกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกระทำที่มีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของมนุษย์ เกิดพัฒนาการและความผาสุกแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจะต้องเรียนรู้ และผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และต้องเป็นผู้ที่เข้าใจ ห่วงใยดูแลเป็นอย่างมาก ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือภาระงานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ มีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. ข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical or Functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมี อาการสั่น อาการเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง และการทรงตัวลำบาก เป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือ กิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้ดูแลควรให้ความสนใจผู้ป่วยพาร์กินสันนอกเหนือจากอาการดังกล่าว คือเรื่องต่างๆ ดังนี้

- การรับประทานยา เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เนื่องจากยาใช้สำหรับรักษาอาการโดยตรง ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องตามชนิด ขนาด ปริมาณ และเวลาทุกวันตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อผลในการรักษาที่ดี คอยสังเกตอาการว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ หรือมีอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทานอย่างไรบ้าง และจดบันทึกไว้เพื่อรายงานแพทย์ รวมทั้งการสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการยุกยิก (Dyskinesia) หรือไม่ เป็นอาการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุม ซึ่งผู้ดูแลควรรายงานให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการยุกยิก โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ถึงวันนัด เพราะอาการยุกยิกนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความลำบากจากอาการที่ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุนนาค, 2550)

Copyright by Mahidol University

- ภาวะที่ยาหมดฤทธิ์ก่อนที่จะถึงยามื้อต่อไป ผู้ดูแลควรทำบันทึกประจำวัน เป็นตารางบันทึกอาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะรับประทานยามื้อต่อไป เช่น อาการเกร็ง อาการสั่น เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญกับผู้ป่วยมาก เพื่อเก็บเป็นข้อมูลให้แพทย์ดูอาการที่ยาออกฤทธิ์อย่างไร เป็นช่วงเวลาใดบ้าง เพื่อจะได้ปรับยาได้ถูกต้อง

- การทรงตัวไม่ดี (Postural instability) มักจะเกิดขึ้นในขณะเดิน ผู้ป่วยอาจจะบ่นว่ามีอาการมึนงง ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ผู้ดูแลจะต้องคอยอยู่ใกล้ชิดเวลาเดิน

- อาการพูดลำบาก (Dysarthria) ผู้ป่วยจะพูดเบาลง พูดรัวเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ พูดออกมาเป็นชุด สั้นๆถี่ๆ ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดจนเกิดความรำคาญ ดังนั้นผู้ดูแลควรจะใจเย็น มีความอดทนในการตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด และพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อยๆหรือใช้สิ่งอื่นประกอบในการสื่อสาร เช่น ภาษามือ รูปภาพ

- การเลือกรับประทานอาหาร ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคุณค่าแคลอรีสูง ครบ 5 หมู่ ควรเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวเพื่อช่วยในเรื่องของอาการกลืนลำบาก (Dysphagia) ป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด จัดอาหารที่มีกากใยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก และผู้ดูแลควรทราบว่าไม่ควรจัดอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ นม ไข่ ให้พร้อมกับยาลีโวโดปา เพราะจะทำให้การดูดซึมของยาได้น้อยลง แต่ควรจัดอาหารประเภทโปรตีนนี้เสริมระหว่างมื้ออาหารหรือมื้อก่อนนอนที่ไม่มียาลีโวโดปา นอกจากนั้นควรดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากเป็นประจำ เพื่ออนามัยที่ดีและสามารถรับรสอาหารได้ดีขึ้น (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุนนาค, 2550)

2. ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ และพบบ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือ ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ ให้เวลาและคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หากิจกรรมที่น่าสนใจหรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบทำ ไม่ควรทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว คอยสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่แพทย์ผู้รักษา

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งความต้องการการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

Copyright by Mahidol University

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าผู้ดูแลควรมีบทบาทในการดูแลปัญหาทางด้านสังคมของผู้ป่วยพาร์กินสันด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้นจะมีอาการด้านการเคลื่อนไหวบกพร่องและทำกิจกรรมต่างๆช้าลง ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่นๆซึ่งมองไม่เห็นอาการแสดงของโรคออกมาชัดเจนทางกาย แต่ผู้ป่วยพาร์กินสันจะแสดงอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความคับข้องใจมากเวลาต้องออกไปข้างนอกในที่สาธารณะ แล้วมีอาการมือสั่น หรือยุกยิก เพราะคนทั่วไปที่พบเห็นจะมอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย ผู้ดูแลควรอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ พูดคุยกับผู้ป่วยให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น

จากความผิดปกติของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และจากกิจกรรมที่ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ดูแลนั้นยังมีชีวิตส่วนตัว และงานเดิมที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ทำให้มีภาระงานมากขึ้น และทำให้เป็นสาเหตุของความเครียด จากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างกับการดูแลโรคอื่นๆที่เน้นการดูแลทางด้านร่างกายเป็นหลัก แต่หากเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันแล้ว ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ด้วยความรู้ ความเข้าใจ และต้องใช้ทักษะในการดูแล และต้องรู้จักยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลไปตามสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจึงเป็นงานที่หนัก ยากและซับซ้อนงานหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจไม่เฉพาะต่อผู้ป่วยเองยังมีผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระที่เกิดขึ้นในปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ได้กล่าวถึง ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลตามหลักของ WHO (2000) ไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ปัญหาที่พบได้บ่อย คือ อาการปวดหลังหรืออาการปวดตามร่างกาย เนื่องมาจากการยกหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกวิธี อาการอ่อนเพลียเนื่องจากการได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ และผู้ดูแลอาจมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ความรู้สึกทางอารมณ์ที่พบได้ เช่น ความโกรธ บางครั้งผู้ดูแลอาจจะรู้สึกโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ หรือสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ความรู้สึกผิด บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความ

Copyright by Mahidol University

ร่วมมือในการทำกิจกรรม แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง และความรู้สึกเครียด จากการศึกษาพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเจ็บป่วย เกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ที่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และร้อยละ 60 ของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียด (Daily mail reporter, 2010)

3) ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

รายได้ลดลง เนื่องจากผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย อาจทำให้สูญเสียรายได้หรือจำเป็นต้องเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีการบริหารจัดการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการผลักภาระการดูแลและปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (Campenhausen et al., 2011)

2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ความเครียดในบทบาท (Role stress) เป็นคำที่ใช้บ่อยเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม หรือ การเกิดปัญหาในการแสดงบทบาท ภาวะเครียดในบทบาทนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม เป็นสาเหตุจากภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคล ความเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role strain) เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาก ซึ่งเป็นความรู้สึกคับข้องใจ ตึงเครียด และวิตกกังวล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้แสดงบทบาท และอาจมีผลต่อคู่บทบาท เช่น สามีภรรยา ด้วย (คมสัน แก้วระยะ, 2540)

การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรค เป็นการให้การดูแลแบบวันต่อวัน หลายๆวัน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน และเป็นปี ถึงแม้จะเป็นเรื่องยากแต่ญาติผู้ดูแลหลายคนได้เปิดเผยความรู้สึกจากการเป็นผู้ดูแลว่า เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเมื่อต้องให้การดูแล นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องการเวลาในการทำงาน เวลาสำหรับครอบครัว เพื่อน และภาระหน้าที่ทางสังคม ความพยายามที่จะรักษาสมดุลของความต้องการของตนเองกับความต้องการของผู้รับการดูแลอาจจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียความสมดุลไป (Michigan State University, 2000)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver role strain) คือความยากลำบากในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันและคับข้องใจในการกระทำบทบาทของตนเอง (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับ ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden), ความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress), ความทุกข์ของผู้ดูแล (Caregiver distress)

Copyright by Mahidol University

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ภาระของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล และความทุกข์ของผู้ดูแล เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับความเครียดจากการดูแล ภายในตัวของผู้ดูแลแต่ละบุคคล (Intrapersonal) แต่ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล(Interpersonal) ในสถานการณ์ของการดูแลจากครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแล การที่ผู้ดูแลเริ่มเข้าสู่การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดได้ และจากการทบทวนที่พบว่า ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden), ความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress) และความทุกข์ของผู้ดูแล (Caregiver distress) ประยุกต์จากทฤษฎีของความเครียด (Stress theory) ซึ่งอธิบายปรากฏการณ์ด้านลบเพียงด้านเดียว แต่ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลนั้น ประยุกต์มาจากทฤษฎีบทบาท (Role theory) สามารถอธิบายปรากฏการณ์การดูแลทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและสามารถมองเห็นปรากฏการณ์การดูแลได้กว้างมากยิ่งขึ้น

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมีสาเหตุมาจาก 3 ส่วน คือ ความยากลำบากในการดูแล บุคลิกลักษณะของผู้ดูแล และสถานการณ์การดูแล (Stewart, & Weiner, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความยากลำบากในการดูแลคือ ความรู้สึกที่ผู้ดูแลคิดว่าปริมาณกิจกรรมการดูแลนั้นเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม

ภาระทางด้านร่างกายเกิดจากปริมาณกิจกรรมในการดูแลของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค การดำเนินของโรคในระดับที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Carter, Stewart, Archbold, Inoue, Jaglin & Lannon et al. (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลกับระยะการดำเนินของโรคของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 380 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทุกระยะการดำเนินของโรค และความเครียดดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น กล่าวคือ การดำเนินของโรคในระยะ 1 และ 2 จะเกิดความเครียดจากความเป็นห่วง (Strain from worry) มากที่สุด เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 2.5 และ 3 จะเกิดความเครียดจากความเป็นห่วง (Strain from worry) ความเครียดจากการเพิ่มความตึงเครียด (Strain from tention) ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร (Strain from frustration from communication problems) ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from direct care) ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง (Strain from role conflict) และความเครียดโดยรวม (Strain from global strain) จนกระทั่งการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดในบทบาททุกด้าน โดยเฉพาะความเครียดจากการขาดแหล่ง

Copyright© by Mahidol University

สนับสนุน (Strain from lack of resources) ความเครียดจากภาวะด้านเศรษฐกิจ (Strain from economic burden) ความเครียดจากความรู้สึกต้องทำตามผู้สูงอายุเรียกร้อง (Strain from feelings of being manipulated) และความเครียดจากความคาดหวังไม่ตรงกัน (Strain from mismatched expectations)

นอกจากระยะของโรคตามความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสัน ตามเกณฑ์การประเมินของ Hoehn & Yahr จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทแล้ว ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน ย่อมทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lokk (2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันกับระยะการดำเนินของโรค โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 0 – 4 ปี กลุ่มที่สองคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 5 – 10 ปี และกลุ่มที่สามคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 11 ปี จำนวนทั้งหมด 451 ราย ในประเทศสวีเดน พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 11 ปีมีความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น

ภาระทางด้านจิตใจขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย บุคลิกลักษณะของผู้ดูแล และระดับของความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลไม่ดีอาจทำให้เกิดเป็นความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Scharlach, Li & Dalvi (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสมองและมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 650 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความขัดแย้งในครอบครัวที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลนั้นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในระดับสูง ($r = 0.83$) และความขัดแย้งในครอบครัว สามารถพยากรณ์ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ร้อยละ 69

และภาระทางด้านสังคมคือ ความขัดแย้งในตนเอง การประเมินค่าทางสังคม และความพร้อมหรือการขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยด้านอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวมากกว่าอาการทางด้านการเคลื่อนไหว (Carter, Stewart, Lyons & Archbold, 2008) และความคาดหวังของครอบครัวเป็นอีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแลในด้านประสิทธิภาพการดูแลและความรู้สึกของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าครอบครัวที่มีความคาดหวังสูง เช่น ความต้องการในการดูแลจากปัญหาของความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง (Kuaprom, 1999; Samartkit, 2008) รวมทั้งสถานการณ์การดูแลก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นกัน ซึ่งพบว่าสถานการณ์การดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคตามความรุนแรงของอาการในโรคพาร์กินสัน ระยะการดำเนิน

Copyright by Mahidol University

โรคที่เพิ่มขึ้นยิ่งทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และอาการทางด้านการเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการดูแลและก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Carter et al., 1998)

ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลที่ตนได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุว่าได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไร และเมื่อการแสดงบทบาทในฐานะเป็นผู้ดูแลเป็นไปตามความคาดหวัง คือ ผู้ดูแลไม่มีความยากลำบากในการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล นั่นคือ ความคาดหวังในบทบาท กับ การแสดงบทบาทที่เป็นจริง มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน จึงทำให้ไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Archbold & Stewart (1980) ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from care activities) ความเครียดจากความเป็นห่วง (Strain from worry) ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร (Strain from communication problems and frustration due to communication problem) ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง (Strain from role conflict) ความเครียดจากการเพิ่มความตึงเครียด (Strain from increased tension) ความเครียดจากความคาดหวังไม่ตรงกัน (Strain from mismatched expectations) ความเครียดจากภาวะด้านเศรษฐกิจ (Strain from economic burden) ความเครียดจากการขาดแหล่งสนับสนุน (Strain from lack of resources) ความเครียดจากความรู้สึกต้องทำตามผู้สูงอายุเรียกร้อง (Strain from feelings of being manipulation) และความเครียดโดยรวม (Global strain) แต่การศึกษาในครั้งนี้นำมาศึกษา 5 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดทั้ง 5 ด้านนี้สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจะเกิดความเครียดจากการดูแลในด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงมากที่สุด (Carter, Stewart, Lyons, & Archbold, 2008) ส่วนความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต(Carter, Stewart, Archbold, Inoue, Jaglin, & Lannon, 1998) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าว ซึ่ง Archbold & Stewart ได้ให้นิยามของตัวแปรไว้ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง (Strain from care activities) เป็นความเครียดที่เกิดจากกิจกรรมการดูแล ที่กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล การดูแลด้าน

การเคลื่อนไหวและการป้องกัน การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลในการเคลื่อนย้าย การดูแลงานบ้าน การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และการเตรียมการดูแล

2. ความเครียดจากความเป็นห่วง (Strain from worry) เป็นความเครียดที่เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

3. ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร (Strain from communication problems and frustration due to communication problem) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาของผู้สูงอายุด้านการได้ยิน การพูด และความจำบกพร่อง

4. ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง (Strain from role conflict) เป็นความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน เช่น หน้าที่ของภรรยา/สามี หน้าที่ของพ่อ/แม่ หน้าที่ของลูกสาว/ลูกชาย หน้าที่ของพี่/น้อง หน้าที่ของปู่ย่า/ตายาย หน้าที่ของการเป็นญาติ หน้าที่ของการเป็นเพื่อน หน้าที่ของการเป็นนักศึกษา หน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หน้าที่ในการเข้าร่วมงานสังคม และหน้าที่ในการดูแลตนเอง

5. ความเครียดโดยรวม (Global strain) เป็นความเครียดที่เกิดจากผลกระทบในเชิงลบด้านการดูแล หรือความกดดันจากความรับผิดชอบในบทบาทของสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

2.4 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม ที่เป็นหน่วยแรกและเล็กที่สุดของสังคม นับเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพากัน โดยเฉพาะในสังคมไทยนั้นที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวว่าเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงทางจิตใจ แก่สมาชิกครอบครัว (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552) โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องปกติของครอบครัวในสังคมไทยที่มองว่า ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับสถิติของ National Center of Health ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2554) ดังนั้น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่สมาชิกในครอบครัวมักต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มของ

Copyright by Mahidol University

ญาติสายตรง ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน (คู่สมรส บุตรสาว บุตรชาย เขย/สะใภ้) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.2 (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลของครอบครัวไว้ 2 ลักษณะ คือ ความสัมพันธ์ที่เป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กล่าวคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คือ ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิม และเป็นสัมพันธภาพที่มีผลต่อการเอาใจใส่ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีมาก่อนก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเต็มใจมุ่งมั่นที่จะดูแลอันเนื่องมาจากความรักและผูกพัน แต่หากความสัมพันธ์เป็นไปทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า (ชะโลม วิเศษโกสิน, 2551) ต่างกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่กล่าวถึง ลักษณะเฉพาะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล (Park & Schumacher, 2013) ซึ่งลักษณะเฉพาะที่กล่าวถึงนี้ มีผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความไว้หลายความหมาย เช่น

Archbold et al. (1990) อธิบายว่า เป็นคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้การให้การยอมรับในความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกันในระดับที่เท่าเทียมกัน ในสถานการณ์การดูแล ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรักและความเสน่ห์หา (Love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (Shared pleasurable) การให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน (Shared values) และการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Reciprocity)

Hirschfeld (1983) อธิบายว่า เป็นลักษณะของความพึงพอใจจากสถานการณ์การดูแลในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลที่มีความบกพร่อง

Kesselring et al. (2001) อธิบายว่า เป็นความรู้สึกของความใกล้ชิด และได้ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล

Levis (2004) อธิบายว่า เป็นลักษณะของคุณภาพความสัมพันธ์โดยเฉพาะคู่สมรส ที่เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง และให้ความสำคัญกับการสื่อสารในสถานการณ์การดูแล

แสดงให้เห็นว่ามีผู้อธิบายถึงลักษณะเฉพาะของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไว้หลายความหมาย แต่ความสัมพันธ์ที่กล่าวถึงนั้นยังเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลทั้งสิ้น (Park & Schumacher, 2013)

จากการให้ความหมายของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จึงพอสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คือ คุณภาพของ

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ความพึงพอใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันในสถานการณ์การดูแล

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กันภายใต้สถานการณ์การดูแล จึงเลือกที่จะศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Archbold et al. (1990) เป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษา

เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ย่อมต้องมีความต้องการในการดูแลมากขึ้น และความต้องการนั้นอาจจะเกินกว่าขีดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้จะทำให้เกิดผลทางลบหรือเกิดความเครียดในผู้ดูแลได้ (Lyons, Sayer, Archbold, Hornbrook & Stewart, 2007) ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาจเป็นคู่สมรส หรือ บุตรหลาน หรือพี่น้องที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล และบุคคลดังกล่าวอาจมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยและอยู่ในวัยสูงอายุมีระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยอื่น (Carter et al., 2010)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน จะมีการดำเนินของโรคที่ยาวนานมากกว่า 15 ปี ระดับการช่วยเหลือตนเองจะลดลงเรื่อย ๆ ตามระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาทั้งทางด้านการเคลื่อนไหวและปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว จึงมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลหรือความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ในต่างประเทศ จากการศึกษาของ Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath (1990) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาหลังออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และ 9 เดือน จำนวน 78 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu, Yang, Kuo, Chen & Hsu (2010) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในประเทศจีน จำนวน 176 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลสามารถทำนายความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ 18.7% ($p < .01$) ส่วนการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของ Tanji, et al. (2008) ที่ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 96 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = - 0.44$, $p < .001$) และการศึกษาของ Lyons, Stewart, Archbold, & Carter (2009) พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นในปีที่ 10 ได้

Copyright by Mahidol University

ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wirojratana, 2002) ขัดแย้งกับการศึกษาของ คมสัน แก้วระยะ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3,578 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ($r = -0.63$, $P < .05$) การศึกษาของ วัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดราชบุรี จำนวน 100 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในระดับต่ำ ($r = -0.32$, $p < .05$) การศึกษาของ วิไลพร ศรีธเรศ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 110 ราย พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในระดับต่ำ ($r = -0.19$, $p < .05$) การศึกษาของ คนองนิช ไชยวุฒิ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 110 ราย พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในระดับต่ำ ($r = -0.29$, $p < .01$) และการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในจังหวัดของภาคตะวันออก จำนวน 291 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = -0.30$, $P < .001$)

ในทางตรงกันข้ามถ้าระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ จะมีความเสี่ยงต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Schumacher, Stewart, & Archbold, 2007) ซึ่งจากการศึกษาของ Shim, Landerman, & Davis (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์กินสัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 12 เดือน จำนวน 91 ราย เก็บข้อมูลระหว่างปี 2003 – 2008 พบว่า ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากผู้รับการดูแลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลน้อย และผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้า และกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงจะมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ คือ กลุ่มผู้ดูแลเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

(Carter et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นสามารถลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป (Archbold , Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Carter et al.,1998; Kneeshaw, Considine, & Jennings, 1999; Lyons et al., 2007; Song, 2008) แต่จากการศึกษาของ Shim, Landerman, & Davis (2011) พบว่าในช่วงระยะเวลา 12 เดือนของการดูแลผู้ป่วย ระดับของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่ลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดพฤติกรรมการดูแล และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นผลดี เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันถ้าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแล และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียดหรือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ ดังนั้นความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้นานและแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างดี อย่างไรก็ตามยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจน เนื่องจากผลการศึกษายังมีข้อขัดแย้งกัน และการศึกษายังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบางโรค โดยเฉพาะในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่น้อยและไม่พบในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2.5 ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความสามารถในการทำนายการดูแล หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Archbold & Stewart, 1990) ความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นเป็นแนวคิดที่มีความคล้ายคลึงกับ แนวคิดการควบคุมดูแล (Concept of control) ซึ่งแนวคิดการควบคุมดูแลนั้นกล่าวถึง ระดับในการควบคุมที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าจะสามารถควบคุมให้เกิดสิ่งที่ดีหรือไม่ดีได้ในชีวิต อีกนัยหนึ่งของแนวคิดการควบคุมดูแลได้แสดงถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลที่ต้องการจะได้รับผลอย่างใดอย่างหนึ่งผ่านจากการกระทำที่แสดงออกมา และอีกแนวคิดหนึ่งซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Concept of uncertainty) Mishel & Clayton. (2003) ในการรับรู้ของผู้ป่วยว่า เป็นความรู้สึกที่คลุมเครือหรือไม่ชัดเจน หรือมีหลายความหมาย หรือน่าจะเป็นไปได้ หรือไม่สอดคล้องกัน หรือการขาดข้อมูลหรือไม่สามารถคาดการณ์ได้

Copyright by Mahidol University

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดของความสามารถในการทำนายการดูแล การควบคุมดูแล กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแล กับ

การควบคุมดูแล มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันมาก กล่าวคือ ถ้าคนเราสามารถที่จะควบคุมผลลัพธ์ได้ ย่อมสามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามอาจจะไม่จริงเช่นนั้นเสมอไป คนเราอาจจะสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ไม่มากนัก หรือไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ได้ ต่างกับแนวคิดของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยคือ การไม่สามารถที่จะคาดการณ์หรือควบคุมกิจกรรมการดูแลหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด ดังนั้น ความสามารถในการทำนายการดูแลจึงสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองหรือลักษณะของการคาดเดาสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกันรวมถึงสถานการณ์การดูแลที่มีความแปรปรวนด้วย (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันแต่ละรายจะมีอาการที่ไม่เหมือนกันร้อยเปอร์เซ็นต์ คือมีความแตกต่างกันในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้น หรือมีความแตกต่างในรายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย (รุ่งโรจน์ พิทยาศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุนนาค. 2550) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อสถานการณ์ในการดูแลนั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หรือไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงอาจแตกต่างกันไปได้ในแต่ละวัน ความสามารถในการทำนายการดูแลของผู้ดูแลจึงมีประโยชน์ต่อการดูแล ซึ่งพบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นเป็นพื้นฐานของสถานการณ์การดูแลที่จะช่วยผู้ดูแลได้ตั้งแต่ความเข้าใจในประสบการณ์การดูแล ช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลได้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่รู้สึกอึดอัดแม้สถานการณ์ของการดูแลจะเปลี่ยนไปจากการดูแลตามปกติทุกวัน และทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแลได้ รวมทั้งสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Stewart, & Weiner, 2008) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจากการศึกษาของ Archbold, Stewart, Miller, Harvath, Greenlick, & Buren (1995) ที่ศึกษาทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมในการส่งเสริมความสามารถในการทำนายการดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐาน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลจะช่วยลดความเครียดในช่วงเวลาของความสับสนหรือช่วงเปลี่ยนผ่านได้ เช่น เมื่อเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้าน ส่วนในประเทศไทยพบในการศึกษาของวัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาอิทธิพลของความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ที่ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง ($r = -.45$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลได้ร้อยละ 20.2

Copyright by Mahidol University

และพบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันโดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคที่มีอาการทางด้านการเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการดูแลได้ จะส่งผลให้การดูแลตามกิจวัตรประจำวันหยุดชะงัก เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น อาจใช้เวลาเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือไม่สามารถกำหนดเวลาได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ (Carter, Archbold, & Stewart, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carter et al. (1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่า การขาดความสามารถในการทำนายการดูแล จะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งเป็นระยะท้ายของโรค ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา และอาการทางด้านการเคลื่อนไหวที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และพบว่าระดับของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอาจส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในการทำนายด้านการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาของผู้ป่วย

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้นานและแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างดี เมื่อญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง จะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง แต่ข้อค้นพบนี้อาจจะยังไม่ชัดเจนโดยเฉพาะในประเทศไทย เนื่องจากผลการศึกษายังมีข้อขัดแย้งกัน และการศึกษายังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบางโรค ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแล เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ในระดับสูง จะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มากนัก และยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ดังนั้นการศึกษาความสามารถในการทำนายการดูแลในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแล เป็นตัวแปรต้น กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสันและคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 106 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป บรรลุนิติภาวะ
2. เป็นผู้ดูแลหลัก เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง
3. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ค่า alpha = .05 ให้อำนาจการทดสอบ power = .80 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดค่า effect size จากงานวิจัยที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (Medium effect size = .30) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย (Polit & Beck, 2008) และได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 106 ราย

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

แหล่งที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1.) ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทุกวันอังคาร เวลา 13.00 น.-16.00 น. และวันพุธ เวลา 9.00 น.-12.00 น.

2.) คลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทุกวันอังคารที่ 1 ของเดือน เวลา 13.00 น. – 16.00 น.

3.) คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทุกวันพฤหัสบดี, ศุกร์ และเสาร์ เวลา 9.00 น.-12.00 น.

Copyright by Mahidol University

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.3.1.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โรคร่วมอื่นๆ และระยะการดำเนินโรค

3.3.1.2 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น การช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ

3.3.2 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย ให้ 0 คะแนน
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง ให้ 2 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก ให้ 3 คะแนน
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่าง-เกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กู๊ซ และ ยุวดี ฦาชา, 2556) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นั้นเป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Copyright by Mahidol University

Skewness	<	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านสูง
Skewness	>	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านต่ำ

3.3.3 แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการทำนายการดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการรับรู้ในการคาดการณ์ของญาติผู้ดูแลและการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย	ให้	0 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย	ให้	1 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง	ให้	2 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก	ให้	3 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด	ให้	4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน ค่าคะแนนที่มาก แสดงว่าความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่าความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นั้นเป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Skewness	<	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านสูง
Skewness	>	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านต่ำ

3.3.4 แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ แต่การศึกษาในครั้งนี้เลือกมาศึกษา 5 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากความเป็นห่วง มีจำนวนคำถาม 16 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-64 คะแนน ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง มีจำนวนคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-56 คะแนน ความเครียดโดยรวม มีจำนวนคำถาม 4 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-16 คะแนน และ ความเครียดจาก

Copyright by Mahidol University

การดูแลโดยตรง ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน มีจำนวนคำถาม 46 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-184 คะแนน ดังนั้นคำถามทั้ง 5 องค์ประกอบมีทั้งหมด 87 ข้อ โดยลักษณะคำตอบของความเครียดจากการดูแลโดยตรงและความเครียดจากบทบาทขัดแย้งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ ถ้าเลือกตอบว่า “ไม่” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าเลือกตอบว่า “ใช่” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย ให้ 0 คะแนน
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง ให้ 2 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก ให้ 3 คะแนน
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

ส่วนลักษณะคำตอบของความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารนั้น มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย ให้ 0 คะแนน
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง ให้ 2 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก ให้ 3 คะแนน
มากที่สุดหมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

และลักษณะคำตอบของความเครียดโดยรวมนั้น มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ท่านไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์อย่างนั้นเลย ให้ 0 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์อย่างนั้นเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์อย่างนั้นปานกลาง ให้ 2 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์อย่างนั้นมาก ให้ 3 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับสถานการณ์อย่างนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวม ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในด้านนั้น ๆ อยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่าความเครียดในบทบาทด้านนั้น ๆ อยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นั้น

Copyright by Mahidol University

เป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Skewness	<	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านสูง
Skewness	>	0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านต่ำ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Srickland & Lenz, 1991) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับคำนิยาม หรือกรอบแนวคิด ความชัดเจนของคำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3, และ 4 แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิด

1 = ไม่สอดคล้องเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก 2 = สอดคล้องเล็กน้อย ต้องปรับปรุง

3 = ค่อนข้างสอดคล้อง ไม่ต้องปรับปรุง 4 = สอดคล้องมาก ไม่ต้องปรับปรุง

ความชัดเจนของคำถาม

1 = ไม่สอดคล้องเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก 2 = สอดคล้องเล็กน้อย ต้องปรับปรุง

3 = ค่อนข้างสอดคล้อง ไม่ต้องปรับปรุง 4 = สอดคล้องมาก ไม่ต้องปรับปรุง

ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

1 = ไม่สอดคล้องเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก 2 = สอดคล้องเล็กน้อย ต้องปรับปรุง

3 = ค่อนข้างสอดคล้อง ไม่ต้องปรับปรุง 4 = สอดคล้องมาก ไม่ต้องปรับปรุง

ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณหาค่า Content Validity Index (CVI) ของแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 ความเครียดโดยรวม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และความเครียดจากการดูแลโดยตรงที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้น

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายละเอียดดังตารางข้างล่างนี้

ตาราง 3.1 คะแนนที่ได้จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	**กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย**	**กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย**
แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	0.72	0.77
แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล	0.70	0.69
แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง	0.78	0.73
แบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	0.70	0.73
แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	0.79	0.82
แบบสอบถามความเครียดโดยรวม	0.78	0.80
แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง	0.89	0.89

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการ

Copyright by Mahidol University

สถาบันประสาทวิทยา เพื่อขอรับการพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ภายหลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประสาทวิทยาหัวหน้าพยาบาลศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าพยาบาลคลินิกโรคพาร์กินสัน และหัวหน้าพยาบาลคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา แนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป บรรลุนิติภาวะ เป็นผู้ดูแลหลัก เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ เมื่อได้ญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้แจ้งต่อญาติผู้ดูแลที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแล

4.2 ในขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกประสานงานให้ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ

Copyright by Mahidol University

4.3 หากญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในคลินิกนั้น เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทนญาติผู้ดูแล และเป็นผู้แจ้งญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์เพื่อป้องกันความกังวลของญาติผู้ดูแล ในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

4.4 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล และแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยก่อนการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะชี้แจงโดยเน้นย้ำให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าเป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

4.5 ในรายที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ญาติผู้ดูแลตอบโดยบันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบไว้ในแบบสอบถาม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

4.6 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในบริเวณใกล้เคียงกับห้องตรวจ โดยเป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้เป็นส่วนตัว และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจ หรือต้องติดต่อในแผนกอื่นๆ ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ หรือติดต่อกับแผนกอื่นๆก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายหลังเมื่อสะดวก

4.7 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและมอบเงินค่าตอบแทนจำนวน 100 บาท/ราย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 106 ราย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบสอบถามหรือการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนนำเสนอผลการวิจัย พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้แจ้งต่อญาติผู้ดูแลที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงด้วยวาจาด้วยตนเองถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัยและการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่วัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย จนถึงการนำเสนอผลการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ กลุ่ม

Copyright© by Mahidol University

ตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการโดยไม่มีผลใดๆต่อการรับการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม ใส่เลขที่แบบสอบถามเพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติผู้ดูแลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และความเบ้ (Skewness)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน ผู้วิจัยคำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งค่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือค่า r ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553)

r = + - 1.00	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r > .70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r < .30	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30 - .70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
r = 0	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

Copyright by Mahidol University

3.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโดยทดสอบค่าการกระจายของตัวแปรต้น ได้แก่ คะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่าง

ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คะแนนความสามารถในการทำนายการดูแล และตัวแปรตามได้แก่ คะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน

3.2 ผลการทดสอบพบว่าการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สหสัมพันธ์เพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงใช้การแก้ปัญหาโดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% จากกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย แล้วนำมาทดสอบการกระจายของตัวแปรใหม่พบว่า การกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนของตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งชายและหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแล 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2556 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวัน อังคาร ถึง วันเสาร์ เวลา 9:00 – 12:00 น. พบญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจำนวน 106 ราย โดย 6 ราย ที่พบคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ทั้ง 100 รายที่เหลือ ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จึงเป็นตัวอย่างจริงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากตัวอย่างนำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 59 รายคิดเป็นร้อยละ 59 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 70.9 ปี (S.D. = 8.09) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43 ได้รับ

Copyright by Mahidol University

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันและมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 4 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 พบภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย 3 อันดับแรก คือ อาการท้องผูก ร้อยละ 71 อาการเหนื่อย อ่อนล้า ร้อยละ 65 และภาวะหลงลืม ร้อยละ 62 ตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจพบ ความวิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ร้อยละ 45 และมีเสียงแว่ว หรือเห็นภาพหลอนร้อยละ 30 มีโรคร่วม ร้อยละ 51 มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 29 ระยะที่ 4 ร้อยละ 14 และ ระยะที่ 1 ร้อยละ 7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	47	47.0
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	35	35.0
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	18	18.0
เพศ		
ชาย	59	59.0
หญิง	41	41.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	5.0
คู่	90	90.0
หม้าย	4	4.0
หย่าหรือแยกกันอยู่	1	1.0
ศาสนา		
พุทธ	100	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	9.0
ประถม	43	43.0
มัธยม	17	17.0
อนุปริญญา	13	13.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	18	18.0
การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน (ปี)		
< 2 ปี	8	8.0
2 ปีขึ้นไป – 4 ปี	21	21.0
4 ปีขึ้นไป – 10 ปี	36	36.0
> 10 ปี	35	35.0
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น		
ด้านร่างกาย		
ปัญหาเรื่องการนอน		
มี	58	58.0
ไม่มี	42	42.0
อาการท้องผูก		
มี	71	71.0
ไม่มี	29	29.0
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่		
มี	53	53.0
ไม่มี	47	47.0
เสื่อมสมรรถนะทางเพศ		
มี	4	4.0
ไม่มี	96	96.0
เหงื่อออกมากกว่าปกติ		
มี	21	21.0
ไม่มี	79	79.0
น้ำลายไหลยืด		
มี	48	48.0
ไม่มี	52	52.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ		
มี	58	58.0
ไม่มี	42	42.0
อาการเหนื่อย อ่อนล้า		
มี	65	65.0
ไม่มี	35	35.0
กลืนลำบาก		
มี	38	38.0
ไม่มี	62	62.0
สำลักอาหาร		
มี	38	38.0
ไม่มี	62	62.0
พูดลำบาก		
มี	57	57.0
ไม่มี	43	43.0
ภาวะหลงลืม		
มี	62	62.0
ไม่มี	38	38.0
ด้านจิตใจ		
วิตกกังวล		
มี	48	48.0
ไม่มี	52	52.0
เสียงแว่ว หรือ เห็นภาพหลอน		
มี	30	30.0
ไม่มี	70	70.0
มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์		
มี	45	45.0
ไม่มี	55	55.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะการดำเนินโรค		
ระยะ 1	7	7.0
ระยะ 2	29	29.0
ระยะ 3	50	50.0
ระยะ 4	14	14.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชายร้อยละ 30 โดยมีอายุตั้งแต่ 19 – 84 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 14.06) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37 เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 39 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 10 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17 - 24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 50 และได้ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นระยะเวลา 4 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัวร้อยละ 38 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 10 ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 23 และมีระยะเวลาที่เป็นประสบการณ์ในการดูแลอยู่ในช่วง 4 – 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 แต่ในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้านร่วมด้วย ร้อยละ 16 มากที่สุดเป็นมารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 6 และมีระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดอยู่ในช่วง 41 – 50 ปีส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 60โดยผู้ที่ให้ความช่วยเหลือมากที่สุดคือ ภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 34 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
วัยรุ่นตอนปลาย (16-20 ปี)	2	2.0
ผู้ใหญ่ตอนต้น (21-30 ปี)	4	4.0
ผู้ใหญ่ตอนกลาง (31-45 ปี)	34	34.0
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (46-59 ปี)	38	38.0
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	13	13.0
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	7	7.0
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	2	2.0
เพศ		
ชาย	30	30.0
หญิง	70	70.0
สถานภาพสมรส		
โสด	35	35.0
คู่	63	63.0
หย่าหรือแยกกันอยู่	2	2.0
ศาสนา		
พุทธ	97	97.0
คริสต์	3	3.0
ระดับการศึกษา		
ประถม	11	11.0
มัธยม	13	13.0
อนุปริญญา	21	21.0
ปริญญาตรี	51	51.0
ปริญญาโท	3	3.0
ปริญญาเอก	1	1.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ฐานะไม่ดี (< 20,000)	37	37.0
ฐานะปานกลาง (20,000 – 39,999)	23	23.0
ฐานะดี (40,000 – 49,999)	18	18.0
ฐานะดีมาก (50,000 – 69,999)	13	13.0
ฐานะสูง (70,000 ขึ้นไป)	9	9.0
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	28	28.0
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	39	39.0
เพียงพอและเหลือเก็บ	33	33.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	10	10.0
บุตร	62	62.0
อื่นๆ	2	2.0
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง/วัน)		
< 8	38	38.0
8 - 16	12	12.0
17 - 24	50	50.0
ระยะเวลาดูแล (ปี)		
< 2 ปี	10	10.0
2 ปีขึ้นไป – 4 ปี	22	22.0
4 ปีขึ้นไป – 10 ปี	37	37.0
> 10 ปี	31	31.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	62	62.0
มี	38	38.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น		
ไม่มี	77	77.0
มี	23	23.0
ระยะเวลาที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
< 2 ปี	8	8.0
2 ปีขึ้นไป – 4 ปี	21	21.0
4 ปีขึ้นไป – 10 ปี	36	36.0
> 10 ปี	35	35.0
ขณะนี้ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน		
ไม่มี	84	84.0
มี	16	16.0
ดูแลผู้ป่วยอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน		
มารดา	6	6.0
คู่สมรส	4	4.0
พี่น้อง	1	1.0
อื่นๆ	6	6.0
ระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอื่น (ปี)		
< 10	2	2.0
11 – 20	2	2.0
21 – 30	2	2.0
31 – 40	3	3.0
41 - 50	7	7.0
> 50	2	2.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่น		
ไม่มี	40	40.0
มี	60	60.0
สมาชิกในครอบครัวที่ได้ให้ความช่วยเหลือกับผู้ดูแล		
บิดาหรือมารดา	18	18.0
คู่สมรส	38	38.0
บุตร/หลาน	2	2.0
ญาติพี่น้อง	2	2.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2.1 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญาติผู้ดูแลรู้สึกรักในตัวผู้ป่วย (Mean = 3.79, S.D. = 0.41) ญาติผู้ดูแลรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย (Mean = 3.67, S.D. = 0.49) และญาติผู้ดูแลรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย (Mean = 3.58, S.D. = 0.55) ส่วนคะแนนความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดคือ การปรับทุกข์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Mean = 0.97, S.D. = 0.94) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 23 – 55 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน) Mean = 42.18, S.D. = 6.61 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง (Skewness = - 0.33) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (n = 100)

ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน	Mean	S.D.
ท่านมีความรักในตัวผู้สูงอายุ	3.79	0.41
ท่านรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ	3.67	0.49
ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ	3.58	0.55
ท่านมีความสุขที่มีเวลาอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุ	3.40	0.70
ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน	3.11	0.69
ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยรื้อฟื้นถึงความหลังกับผู้สูงอายุ	3.01	0.84
ท่านและผู้สูงอายุให้ความสำคัญ (คุณค่า) กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดในชีวิตพ้องกัน	2.93	0.67
ท่านชอบนั่งและพูดคุยกับผู้สูงอายุ	2.92	0.83
ท่านกับผู้สูงอายุพูดคุยกันอย่างสนุกสนาน	2.90	0.73
ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความรู้สึกซาบซึ้งในตัวท่านและสิ่งที่ท่านปรนนิบัติต่อผู้สูงอายุ	2.73	0.84
ผู้สูงอายุให้ความช่วยเหลือท่าน	2.68	0.98
ท่านและผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกันในเรื่องต่างๆ	2.45	0.77
ผู้สูงอายุให้กำลังใจและเห็นใจท่าน	2.18	1.31
เมื่อท่านมีความทุกข์ผู้สูงอายุช่วยปลอบใจท่าน ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ	1.86	1.12
ท่านปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด	0.97	0.94
คะแนนรวมทั้งหมด	42.18	6.61

2.2 ความสามารถในการทำนายการดูแล

จากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการคาดการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุดได้แก่ ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามแผนที่วางไว้ (Mean = 3.12, S.D. = 0.90) ส่วนความสามารถในการคาดการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดได้แก่ กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติอยู่เป็นประจำต้องหยุดชะงักลงอย่างไม่ได้คาดคิดเนื่องจากปัญหาของผู้ป่วย (Mean = 0.81, S.D. = 0.86) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ระหว่าง 6 – 22 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 27 คะแนน) Mean = 14.36, S.D. = 3.87 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.15) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของคะแนนความสามารถในการทำนายการดูแล (n = 100)

ความสามารถในการคาดการณ์ของญาติผู้ดูแล	Mean	S.D.
ท่านสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของท่านได้ตามแผนที่วางไว้	3.12	0.90
ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถควบคุมชีวิตของท่านได้	3.05	0.76
ในขณะนี้ท่านสามารถคาดการณ์สถานการณ์ชีวิตของท่านได้	2.94	0.91
ท่านสามารถคาดการณ์ถึงกิจกรรมการดูแลที่ท่านทำอยู่เป็นประจำหรือ กิจกรรมการดูแลที่ท่านต้องทำให้กับผู้สูงอายุได้	1.66	1.34
ท่านสามารถคาดการณ์ถึงความต้องการของผู้สูงอายุ	1.44	1.26
เมื่อท่านคิดถึงสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม	1.34	0.59
บ่อยครั้งเพียงใดที่กิจกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่เป็นประจำต้องหยุดชะงักลงอย่างไม่ได้คาดคิดเนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุ	0.81	0.86
คะแนนรวมทั้งหมด	14.36	3.87

2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้ง 5 ด้าน คือ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม มีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 ความเครียดจากการดูแลโดยตรง

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ญาติผู้ดูแลต้องระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม (Mean = 2.15, S.D. = 1.55) ญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุเนื่องจากการเคลื่อนไหวช้า (Mean = 1.36, S.D. = 1.39) ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูผู้สูงอายุให้อยู่ในสายตาเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุปลอดภัย (Mean = 1.23, S.D. = 1.52) ญาติผู้ดูแลต้องพาผู้สูงอายุไปหาหมอ (Mean = 1.20, S.D. = 1.26) และญาติผู้ดูแลต้องช่วยผู้สูงอายุทำงานบ้าน (Mean = 1.12, S.D. = 1.03) ส่วนคะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดคือ ญาติผู้ดูแลต้องจัดการกับอาการคลื่นไส้ของผู้สูงอายุ (Mean = 0.05, S.D. = 0.33) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 37 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 184 คะแนน) Mean = 1.13, S.D. = 0.72 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 2.76) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรง (n = 100)

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม	2.15	1.55
ท่านต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุเนื่องจากการเคลื่อนไหวช้า	1.36	1.39
ท่านต้องคอยดูผู้สูงอายุให้อยู่ในสายตาเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุปลอดภัย	1.23	1.52
ท่านพาผู้สูงอายุไปหาหมอ	1.20	1.26
ท่านพยายามให้ผู้สูงอายุยังคงทำกิจกรรมและทำสิ่งต่างๆที่ผู้สูงอายุชอบ	1.20	1.08
ท่านช่วยผู้สูงอายุทำงานบ้าน	1.12	1.03
ท่านต้องช่วยพาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ	1.00	1.11
ท่านต้องไปเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุไปซื้อของหรือทำธุระ	0.98	0.96
ท่านต้องดูแลผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีอารมณ์ขึ้นๆลงๆ	0.94	1.14
ท่านต้องช่วยจัดการกับอาการเจ็บปวดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ	0.91	0.95
ท่านไปจ่ายตลาดซื้อของใช้หรือทำธุระให้ผู้สูงอายุ	0.84	0.95
ท่านต้องจัดการกับปัญหาเหนื่อยล้าไม่มีแรงของผู้สูงอายุ	0.80	0.94
ท่านต้องช่วยผู้สูงอายุในการเดินภายในบ้าน เช่น พยุงแขนเดิน หรือ นำที่หัดเดินมาให้ผู้สูงอายุ	0.76	0.99
ท่านทำอาหารหรือเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ	0.74	0.77
ท่านอุ้มหรือช่วยพยุงผู้สูงอายุจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น ช่วยอุ้มหรือพยุงผู้สูงอายุจากเตียงลงนั่งเก้าอี้	0.73	1.09
ท่านต้องตื่นกลางคืนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ	0.70	1.11
ท่านต้องเฝ้าระวังผู้สูงอายุไม่ให้ออกนอกบ้านเนื่องจากกลัวผู้สูงอายุพลัดหลงทางหรือกลับบ้านไม่ถูก	0.68	1.33
ท่านต้องรับฟังและตอบคำถามของผู้สูงอายุที่ถามท่านซ้ำแล้วซ้ำอีก	0.66	1.05
ท่านต้องทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุอุจจาระราด	0.65	1.14
ท่านต้องทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะราด	0.65	1.07
ท่านเล่าถึงอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพรับทราบ	0.57	0.83
ท่านต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในปัญหาเรื่องท้องผูกหรือท้องเดิน	0.56	1.11
ท่านต้องจัดการเมื่อผู้สูงอายุร้องไห้	0.53	0.95

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรง (n = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านช่วยผู้สูงอายุอาบน้ำ	0.51	0.84
ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามชนิดหรือปริมาณที่ผู้สูงอายุควรจะได้	0.50	0.81
ท่านช่วยผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้าหรือถอดเสื้อผ้า	0.48	0.82
ท่านต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุขึ้นและลงบันได	0.47	0.96
ท่านช่วยผู้สูงอายุตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่สำคัญ เช่น การผ่าตัด หรือการเปลี่ยนการรักษา	0.47	0.78
ท่านต้องจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้สูงอายุ	0.46	1.01
ท่านช่วยผู้สูงอายุในการรับประทานอาหาร	0.45	0.87
ท่านช่วยผู้สูงอายุในการรับประทานยาหรือฉีดยา	0.45	0.72
ท่านดูแลและตัดเล็บมือเล็บเท้าให้กับผู้สูงอายุ	0.40	0.77
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้สูงอายุมีความจำเลอะเลือน จำคนหรือสถานที่ไม่ได้	0.38	0.85
ท่านพาผู้สูงอายุออกนอกบ้าน เช่น ไปวัด เยี่ยมญาติหรือเพื่อน หรือรับประทานอาหารนอกบ้าน	0.34	0.82
ท่านปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น จัดสถานที่เฉพาะให้ ติดตั้งราวไม้หรือปรับเปลี่ยนห้องน้ำ	0.34	0.74
ท่านช่วยผู้สูงอายุในการทำบุญ เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร, เชิญบาทหลวง, พระอิสลาม, มาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน	0.32	0.67
ท่านช่วยผู้สูงอายุแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟัน/ฟันปลอมหรือไม่	0.31	0.71
ท่านช่วยผู้สูงอายุในการเบิกเงินหรือฝากเงินกับธนาคาร หรือ การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ	0.30	0.52
ท่านคอยระวังไม่ให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากสารพิษ เช่น กินยาเกินขนาดหรือได้รับสารพิษที่ใช้ในบ้าน	0.26	0.72
ท่านต้องช่วยเขียนหนังสือให้ผู้สูงอายุ	0.25	0.56
ท่านช่วยผู้สูงอายุใช้โทรศัพท์	0.24	0.59
ท่านดูแลผิวหนังหรือทาโลชั่นให้ผู้สูงอายุ	0.21	0.52
ท่านต้องคอยเล่าอาการของผู้สูงอายุให้คนในครอบครัวทราบ	0.19	0.51

Copyright© by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากการดูแลโดยตรง (n = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านดูแลอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้สูงอายุหรือช่วยผู้สูงอายุติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์	0.14	0.59
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	0.09	0.35
ท่านต้องจัดการกับอาการคลื่นไส้ของผู้สูงอายุ	0.05	0.33
คะแนนรวมทั้งหมด	1.13	0.72

2.3.2 ความเครียดจากความเป็นห่วง

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดจากความเป็นห่วงผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญาติผู้ดูแลมีความเป็นห่วงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ (Mean = 3.69, S.D. = 0.69) ญาติผู้ดูแลมีความเป็นห่วงถ้าผู้สูงอายุมีอาการเลวลง ท่านจะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไร(Mean = 3.48, S.D. = 0.82) และญาติผู้ดูแลมีความเป็นห่วงถ้าผู้สูงอายุจะมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น (Mean = 0.42, S.D. = 1.04) ส่วนคะแนนความเครียดจากความเป็นห่วงผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดคือ ญาติผู้ดูแลมีความเป็นห่วงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเนื่องจากมีปืนหรืออาวุธอื่นๆในบ้าน (Mean = 0.12, S.D. = 0.59) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 11 – 61คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 64 คะแนน) Mean = 36.07, S.D. = 9.25 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง (Skewness = -0.28) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากความเป็นห่วง (n = 100)

ความเครียดจากความเป็นห่วง	Mean	S.D.
สุขภาพของผู้สูงอายุ	3.69	0.69
ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเลวลง ท่านจะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไร	3.48	0.82
ผู้สูงอายุจะมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น	3.42	1.04
ความปลอดภัยของผู้สูงอายุเมื่อออกนอกบ้าน	3.06	1.39
การทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพังเมื่อท่านต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน (ถ้าท่านไม่เคยทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง ให้สมมุติว่าถ้าท่านต้องไปทำธุระนอกบ้านและต้องทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง ท่านจะมีความกังวลมากน้อยเพียงใด)	2.95	1.32

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากความเป็นห่วง (n = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากความเป็นห่วง	Mean	S.D.
การช่วยเหลือ หรือ คำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลนั้นเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ	2.75	0.88
การได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในสิ่งที่ท่านไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุ	2.65	1.17
อารมณ์ หรือสภาวะจิตใจผู้สูงอายุ	2.57	1.22
ใครจะดูแลผู้สูงอายุ หากท่านเป็นอะไรไป	2.30	1.61
อนาคตของตัวท่านเอง	2.26	1.43
ความสามารถของท่านที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เนื่องจากสุขภาพของตัวท่านเอง	2.05	2.48
การที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลคนอื่นในครอบครัว	1.49	1.37
ความปลอดภัยเมื่อผู้สูงอายุใช้ของมีคม เช่น มีด หรือ เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ	1.19	1.19
ปัญหาทางด้านการเงินอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ	1.16	1.25
ความปลอดภัยเมื่อผู้สูงอายุใช้เตาในการหุงต้ม	0.93	1.27
ความปลอดภัยของผู้สูงอายุเนื่องจากมีปืนหรืออาวุธอื่นๆในบ้าน	0.12	0.59
คะแนนรวมทั้งหมด	36.07	9.25

2.3.3 ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด (Mean = 1.79, S.D. = 1.36) ส่วนคะแนนความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดคือ ความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาการได้ยินของญาติผู้ดูแล(Mean = 0.22, S.D. = 0.61) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 44 คะแนน) Mean = 7.04, S.D. = 4.29 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.26) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร (n = 100)

ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	Mean	S.D.
ผู้สูงอายุมีปัญหาในการพูด	1.79	1.36
ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านความจำหรือเข้าใจสิ่งที่ท่านพูด	1.49	1.09
ปัญหาการพูดของผู้สูงอายุทำให้ท่านมีความลำบากในการดูแล	1.43	1.29
ปัญหาการได้ยิน, การพูด, และความจำทำให้ท่านลำบากในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ	1.40	1.24
ปัญหาเรื่องความจำหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุ ทำให้ท่านมีความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุ	1.23	1.13
ปัญหาการได้ยิน, การพูด, และความจำสร้างความคับข้องใจให้ท่าน	1.11	1.05
ปัญหาการได้ยิน, การพูด, และความจำทำให้ท่านขาดความอดทน	1.06	1.03
ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการได้ยิน	0.80	1.21
ปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุทำให้ท่านมีความลำบากในการดูแล	0.59	1.06
ท่านมีปัญหาเรื่องการได้ยิน	0.36	0.92
ปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุทำให้ท่านมีความลำบากในการดูแลผู้สูงอายุ	0.22	0.61
คะแนนรวมทั้งหมด	7.04	4.29

2.3.4 ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดจากบทบาทขัดแย้งกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อความสามารถของท่านในการทำหน้าที่ของการเป็นคนทำงานนอกบ้าน (Mean = 1.36, S.D. = 1.28) การดูแลผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อความสามารถของท่านในการทำหน้าที่ของการเป็นคนทำงานในบ้าน (Mean = 1.24, S.D. = 1.12) และการดูแลผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อความสามารถของท่านในการทำหน้าที่ของการเป็นเพื่อน (Mean = 1.17, S.D. = 1.17) ส่วนคะแนนความเครียดจากบทบาทขัดแย้งกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันน้อยที่สุดคือการดูแลผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อความสามารถของท่านในการทำหน้าที่ของการเป็นปู่ย่า/ตายาย (Mean = 0.06, S.D. = 0.31) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 2.78 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 56 คะแนน) Mean = 0.96, S.D. = 0.73 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง (n = 100)

ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	Mean	S.D.
ทำหน้าที่ของการเป็นคนทำงานนอกบ้านอย่างที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	1.36	1.28
ทำหน้าที่ของการเป็นคนทำงานในบ้านที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	1.24	1.12
ความรับผิดชอบอื่นๆที่ท่านมีอยู่มีผลรบกวนการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	1.05	1.05
ทำสิ่งดีๆ ให้กับตัวเอง เช่น การดูแลตนเอง	1.01	1.08
เข้าร่วมงานสังคม เช่น งานแต่งงาน, งานศพ, งานบุญร้อยวัน	0.94	1.06
เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัดในวันสำคัญต่างๆทางศาสนา, การไปร่วมทำบุญในโอกาสต่างๆ	0.68	0.90
ทำหน้าที่ของพ่อหรือแม่ที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.52	0.92
ทำหน้าที่ของภรรยา/สามีที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.48	1.01
ทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชายที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.42	0.89
ทำหน้าที่ของพี่หรือน้องที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.33	0.74
ทำหน้าที่ของการเป็นญาติซึ่งนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น	0.15	0.48
ทำหน้าที่ของการเป็นนักศึกษาที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.08	0.42
ทำหน้าที่ของการเป็นปู่ย่า/ตายายที่ท่านคิดว่าควรจะเป็น	0.06	0.31
คะแนนรวมทั้งหมด	0.96	0.73

2.3.5 ความเครียดโดยรวม

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดโดยรวมมากที่สุดได้แก่ ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดต่อการรับผิดชอบในสิ่งต่างๆรวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 2.06, S.D. = 1.32) ส่วนคะแนนความเครียดโดยรวมน้อยที่สุดคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดอิสระ (Mean = 1.34, S.D. = 1.24) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 16 คะแนน) Mean = 6.32, S.D. = 4.00 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดโดยรวม ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.31) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดโดยรวม (n = 100)

ความเครียดโดยรวม	Mean	S.D.
ท่านรู้สึกเครียด ต่อการรับผิดชอบในสิ่งต่างๆรวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุ	2.06	1.32
ในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับผลดีและผลเสียอย่างไร	1.50	1.31
บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุมีความยากลำบาก	1.42	1.22
ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดอิสระ	1.34	1.24
คะแนนรวมทั้งหมด	6.32	4.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Range	Min	Max
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	42.18	7.82	62.00	23.00	55.00
ความสามารถในการทำนายการดูแล	14.36	3.87	16.00	6.00	22.00
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล					
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	1.26	0.93	7.13	0.00	7.13
ความเครียดจากความเป็นห่วง	36.07	9.25	50.00	11.00	61.00
ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	7.04	4.29	16.00	0.00	16.00
ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	0.96	0.73	2.78	0.00	2.78
ความเครียดโดยรวม	6.32	4.01	16.00	0.00	16.00

Copyright by Mahidol University

ผลการวิเคราะห์การกระจายของตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test ได้ค่า Komogorov-Smirnov Z = 0.69, 0.94, 0.73, 0.77, 1.31, 1.33, และ 0.99 ได้ค่า p = .72, .34, .66, .59, .07, .06, และ .28 ตามลำดับ สรุปผลการทดสอบได้ว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตารางที่ 4.11 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	1						
ความสามารถในการทำนายการดูแล	0.01	1					
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	- .03	.00	1				
ความเครียดจากความเป็นห่วง	.16	- .14	.33**	1			
ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	- .14	- .24*	.41**	.25*	1		
ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	- .09	.03	.52**	.37**	.53**	1	
ความเครียดโดยรวม	.00	- .23*	.47**	.39**	.57**	.73**	1

*. P < .05

จากตารางที่ 4.11 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - .24, p < .05, r = - .23, p < .05) และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart (1980 - 1982) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) มีอายุเฉลี่ย 49.38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; ปิติพร สิริทิพากร, 2555; วิภารัตน์ นาวารัตน์, 2545; วิไลพร ศรีธเรศ, 2546) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 62) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันทางความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2547; ปิติพร สิริทิพากร, 2555; สุรพิญ ชนะพิศ, 2552; อารีย์ แสงรัศมี, 2547) แตกต่างกับงานวิจัยในต่างประเทศ (Carter et al., 2010; Lawrence et al., 2011; Lyons et al., 2009; Tanji, 2008) ที่พบว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคู่สมรสมากกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นชุมชนของเมืองหลวง แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทย และการนับถือศาสนาพุทธ ที่กล่าวไว้ว่าผู้เป็นบุตรมีหน้าที่

Copyright by Mahidol University

ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เหมือนเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า เพราะเป็นการแสดงถึงความกตัญญูกตเวที (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ด้านระดับการศึกษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 21) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่มีการพัฒนาด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับโอกาสและการสนับสนุนทางด้านการศึกษาที่มากกว่า จึงแตกต่างกับการศึกษาของ วัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครปฐมและราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51)

ด้านปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โดยเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 39) และเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 33) ถึงแม้จะพบว่ารายได้ของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะน้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือจากบุตร และญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่นๆ (ร้อยละ 60) จึงทำให้ประเมินได้ว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อย

นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ใน 1 วัน ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 17 – 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 68) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน (ร้อยละ 77) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 และมีโรคร่วม (ร้อยละ 51) หมายถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล และจากพยาธิสภาพของโรคที่พบว่าโรคพาร์กินสันจะมีระยะการดำเนินของโรคยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday & McCann, 2010) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ62) แตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเจ็บป่วยเกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ที่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และร้อยละ 60 ของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียด (Roland, Jenkins & Johnson, 2010)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า มีค่าคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 23 – 55 คะแนน (Mean = 42.18, S.D. = 6.61, Skewness = - 0.33) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง หมายถึงญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจาก ความรัก ความใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกันในสถานการณ์ของการดูแล สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง (Mean = 32.07, S.D. = 10.20, Skewness = - 0.147) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 291 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 64.25 มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง

หากพิจารณาผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เพศหญิงเป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เคารพรัก ให้ความช่วยเหลือดูแล สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในเวลาที่เกิดสถานการณ์ของการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ที่ศึกษาภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน ปี 2549 พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง และจะมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในครอบครัวอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lyons et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพศหญิงจะมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า มีค่าคะแนนรวมของความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ระหว่าง 6 – 22 คะแนน (Mean = 14.36, S.D. = 3.87, Skewness = 0.15) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึงญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาญาติผู้ดูแล

Copyright by Mahidol University

หลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแล อยู่ในระดับสูง (Mean = 14.71, S.D. = 3.77, Skewness = - 0.62) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 76) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 37) ญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น (ร้อยละ 77) สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทของคู่สมรส บทบาทในการหาเลี้ยงชีวิต และบทบาทผู้ดูแลซึ่งเป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น กับภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะใส่ใจดูแลผู้ป่วยและยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมทั้งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเริ่มมีภาวะทุพพลภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกายเริ่มจำกัด อาการของโรคปรากฏเด่นชัดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carter, Archbold & Stewart. (2002) ที่พบว่าในระยะท้ายของโรคจะมีอาการทางด้านการเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ส่งผลให้การดูแลตามกิจวัตรประจำวันหยุดชะงัก เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น อาจใช้เวลาเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือไม่สามารถกำหนดเวลาได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ดังนั้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ส่วนที่ 4 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

4.1 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากการดูแลโดยตรงอยู่ระหว่าง 0 – 37 คะแนน (Mean = 1.26, S.D. = 3.98) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแล แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง อยู่ในระดับสูง (Mean = 82.82, S.D. = 28.90, Skewness = 2.10) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ อยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ในช่วงเริ่มต้นถึงช่วง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright by Mahidol University

กลางของโรคจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพที่พบยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ญาติผู้ดูแลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงบางส่วน ร่วมกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้

4.2 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากความเป็นห่วง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงอยู่ระหว่าง 11 – 61 คะแนน (Mean = 36.07, S.D. = 9.25) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 77 ซึ่งพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องของการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจหรือมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จะทำให้สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุนนาค, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจเกี่ยวข้องทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะความเครียดจากความเป็นห่วงเพราะความเครียดนี้เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

4.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (Mean = 7.04, S.D. = 4.29) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากปัญหาของผู้สูงอายุด้านการได้ยิน การพูด และความจำบกพร่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 82ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 50ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูดลำบาก และร้อยละ 61ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำบกพร่อง ประกอบกับระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยยาวนานมากกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานร่วมกับไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาด้านการสื่อสารดังกล่าว อาจเกี่ยวข้องทำให้ญาติ

Copyright by Mahidol University

ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ และไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

4.4 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอยู่ระหว่าง 0 – 2.78 คะแนน (Mean = 0.96, S.D. = 0.73) และญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งที่มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 49 คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน อาจเนื่องมาจากอิทธิพลจากกระบวนการคิดและแบบแผนการดำเนินชีวิตในค่านิยมของคนไทย ที่คิดว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมา ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะบุตรหลาน หรือสามี/ภรรยา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) จึงไม่เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากความรับผิดชอบที่มีอยู่ ทำให้ไม่เกิดความเครียดจากการกระทำบทบาทหลายด้านพร้อมกัน

4.5 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดโดยรวม

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (Mean = 6.32, S.D. = 4.00) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวม ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากการดูแล หรือความกดดันจากความรับผิดชอบในบทบาทของผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัย Baby Boomer (พ.ศ. 2475 – 2503) ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะมีความอดทน รับผิดชอบสูง มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและรู้จักคิด ร้อยละ 97 นับถือศาสนาพุทธ อิทธิพลทางศาสนาที่สอนให้บุคคลมีความกตัญญูกตเวทีสอนเรื่องบาปบุญคุณโทษ จึงส่งผลต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 63 อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้โรคพาร์กินสันจะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงในการซื้อยาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล (Winter et al., 2010; Campenhausen, 2011;

Copyright© by Mahidol University

Neuroscience, 2009) แต่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 72 นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 จากเหตุผลดังกล่าว จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดโดยรวมในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

นั่นคือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวม แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (คมสัน แก้วระยะ, 2540; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545; Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Lyons, Stewart, Archbold, & Carter, 2009; Tanji, et al., 2008) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirojratana (2002) ที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ คือ

ประการที่ 1 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีช่วงวัยที่หลากหลาย (Min = 19, Max = 84, Mean = 49.38, S.D. = 14.06) ซึ่งในแต่ละช่วงวัยของญาติผู้ดูแลแต่ละคนมีลักษณะแตกต่างกัน กล่าวคือ มีญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วง Generation Y (พ.ศ. 2521 - 2540) 6 คน, Generation X (พ.ศ. 2504 - 2520) 34 คน, Baby Boomer (พ.ศ. 2475 - 2503) 51 คน และกลุ่มลายคราม (เกิดก่อนปี ค.ศ. 2488) 9 คน

Copyright by Mahidol University

โดยในแต่ละช่วงวัยจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มคน Generation Y จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ชอบอยู่ในกรอบ และไม่ชอบเงื่อนไข กลุ่มคน Generation X จะมีพฤติกรรมชอบอะไรง่ายๆ ไม่ต้องเป็นทางการ ให้ความสำคัญกับเรื่องความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว (Work-life Balance) กลุ่มคน Baby Boomer จะมีความอดทนและทุ่มเทกับงานที่รับผิดชอบ และกลุ่มลายครามจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน มีคุณลักษณะที่มั่นคง สู้งานหนักและรู้จักคิด (ธรรมรัตน์ อยู่พรต, 2556) แสดงให้เห็นว่าอายุหรือระยะพัฒนาการของชีวิตมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและการดำเนินชีวิต ถึงแม้ระดับของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะอยู่ในระดับสูง แต่อาจไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้

ประการที่ 2 จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 70.9 ปี แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ทั้งกลุ่มโรคของผู้ป่วย อายุ และเชื้อชาติ ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโส เน้นความแตกต่างกันของอายุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมตะวันตก ที่ไม่ได้ให้ค่ากับความอาวุโส และมักถือว่าทุกคนถึงแม้จะเป็นญาติแต่มีสิทธิเท่าเทียมกัน (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2552) แนวคิดของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นได้พัฒนามาจากวัฒนธรรมที่มีสิทธิเท่าเทียมกันซึ่งต่างจากวัฒนาธรรมไทยที่พบว่า ปรากฏการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นยังมีการเคารพในความเป็นอาวุโส ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78 และผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุทั้งหมด อาจมีอิทธิพลทำให้การรับบทบาทของญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุ และเชื่อว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ

นอกจากนี้ยังพบว่า คุณลักษณะของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในคนไทยนั้นยังประกอบไปด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็นหน้าที่ (Wirojratana, 2002) ประกอบกับเมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม ในขณะนั้นญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจจะมีปริมาณความเครียดลดลงกว่าที่ได้รับจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงเป็นการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ดี เป็นความรับผิดชอบที่พึงกระทำ ภายใต้ความเคารพรักและความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัว ถึงแม้จะเป็นบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้ความดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดในบทบาทที่ตนเองได้รับ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่การดูแล

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวได้ตามความคาดหวัง คือ ผู้ดูแลไม่มีความยากลำบากในการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ความคาดหวังในบทบาท กับ การแสดงบทบาทที่เป็นจริง มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน จึงทำให้ไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีทั้งสนับสนุนสมมติฐานและไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p < .05$, $r = -.23$, $p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ผลการศึกษาที่ได้และสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมได้ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการปัญหาในการสื่อสารและสถานการณ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยได้จึงมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา (17 – 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 50) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 4 ปี เป็นจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 68) และในขณะนี้ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวในบ้าน ร้อยละ 84 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ช่วงระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยนี้อาจจะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาทั้งการได้ยิน การพูดลำบาก และความบกพร่องของความจำได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งพบว่าปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้น มีความจำเป็นต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากเพียงพอจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวัง จึงมีความสัมพันธ์ทำให้ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารได้

Copyright© by Mahidol University

และผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดโดยรวม กล่าวคือ หาก

ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมสถานการณ์ของการดูแลได้ดี จะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นเป็นพื้นฐานของสถานการณ์การดูแลที่จะช่วยผู้ดูแลได้ ตั้งแต่ความเข้าใจในประสบการณ์การดูแล ช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลได้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่รู้สึกอึดอัดแม้สถานการณ์ของการดูแลจะเปลี่ยนไปจากการดูแลตามปกติทุกวัน และทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแล รวมทั้งสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Stewart, & Weiner, 2008) และพบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลจะช่วยลดความเครียดในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (Archbold, Stewart, Miller, Harvath, Greenlick, & Buren, 1995) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวังของตนเอง จึงมีความสัมพันธ์ทำให้ลดความเครียดโดยรวมในบทบาทผู้ดูแลได้

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการดูแลโดยตรง ด้านความเป็นห่วง และด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

กล่าวคือ ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ($r = - 0 .45$, $p < .05$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลโดยตรงได้ร้อยละ 20.2 (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ อยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ในช่วงเริ่มต้นถึงช่วงกลางของโรคจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพที่พบยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ต่างกับการศึกษาของวัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 98 หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้น เมื่อมีความแตกต่าง

Copyright by Mahidol University

กันในลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แต่อาจไม่มีความบสัมพันธ์ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงได้

ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากความเป็นห่วง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากความเป็นห่วง ($r = - 0.19$, $p < .05$) (Wirojratana, 2002) และความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Inoue, 1997; Wirojratana, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่นๆ หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ นอกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล (Ford et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marziali, Donahue, & Crossin (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และมีความสำคัญต่อการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Schreurs, Ridder, & Bensing, 2007) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ป่วยรับบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงแม้จะเกิดความเครียดจากความกังวลใจด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และอาจต้องทำบทบาทหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน แต่ด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงอาจมีความสัมพันธ์ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

โดยสรุป ผลการศึกษาในครั้งนี้ มีความแตกต่างจากแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold and Stewart (1980 - 1982) ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) เป็นคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1990) อาจเป็นเพราะความแตกต่างในบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า อายุในแต่ละช่วงวัย อาจส่งผลต่อกระบวนการคิดและการดำเนินชีวิต ความคาดหวังจากสังคม และความรู้สึกเป็นหน้าที่ ประกอบกับเมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม ในขณะนั้นญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจจะมีปริมาณความเครียดลดลงกว่าที่ได้รับจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

Copyright by Mahidol University

ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) หรือความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลการศึกษาที่พบมีทั้งสนับสนุนและไม่สนับสนุนแนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold and Stewart (1980 - 1982) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการทำนายการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแล ทำให้สามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Archbold, 1991; Songwattanayut, 2002; Stewart & Weiner, 2008) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่สามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เสมอไป ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมนั้น อาจต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่เพียงพอเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์การดูแล และเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลได้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่รู้สึกอึดอัดแม้สถานการณ์ของการดูแลจะเปลี่ยนไป นอกจากนี้อาจเป็นเพราะ การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น แม้ญาติผู้ดูแลนั้นจะมีความยากลำบากในการดูแล มีความเครียดที่เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต หรืออาจต้องทำบทบาทหลายด้านพร้อมๆ กัน แต่ด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และอิทธิพลจากกระบวนการคิด แบบแผนการดำเนินชีวิตของค่านิยมในคนไทย จึงอาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และสามารถปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลได้ตามความคาดหวังของตนเอง ดังนั้นอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้แนวคิด The Family Care Model ซึ่งพัฒนาโดย อาร์ตโบน และสจ๊วต (Archbold and Stewart, 1980) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแล 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 รายจำนวน 106 ราย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เลือกมาศึกษา 5 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ความเครียดโดยรวม สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) และความเครียดจากการดูแลโดยตรง ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมืออย่างเป็นทางการและได้ดัดแปลงเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในประเทศไทย ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง แบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง แบบสอบถามความเครียดโดยรวม และแบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง มาตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

Copyright by Mahidol University

ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 1.00, 1.00, 0.93, 1.00, 0.93, 0.81 และ 1.00 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.72, 0.70, 0.78, 0.70, 0.79, 0.78 และ 0.89 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแล 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 106 ราย มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย ที่พบคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ทั้ง 100 รายที่เหลือ ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จึงเป็นตัวอย่างจริงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยมีดังนี้

1) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p < .05$, $r = -.23$, $p < .05$)

3) ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Copyright by Mahidol University

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา รวมทั้งการศึกษาไม่พบผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้ายของโรคที่กลุ่มตัวอย่างรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในภาคตัดขวาง อาจจะทำให้เห็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันไม่สมบูรณ์ จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันในบริบทอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดโดยรวม ซึ่งสนับสนุนแนวคิด The Family Care Model ของ อาร์ตโบน และสจ๊วต (Archbold and Stewart, 1980) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแลได้ดี จะสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความเครียดจากปัญหาการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมได้ พยาบาลจึงควรใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยในการให้การพยาบาลแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวม ดังนี้

1. ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การพูดลำบาก การได้ยินและความจำบกพร่อง โดยนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินญาติผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงทุกราย และเมื่อพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทก็ควรหาแนวทางในการดูแลแก้ไขตามกระบวนการพยาบาล และควรทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม โดยเฉพาะแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วย และนักอรรถบำบัด เป็นต้น ซึ่งเมื่อปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขก็จะทำให้การสื่อสารของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์การดูแลได้ จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความเครียดจากการสื่อสารลดลงได้

Copyright© by Mahidol University

2. ควรมีการประเมินความสามารถในการทำนายการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น

พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ การจัดกิจกรรมกลุ่มของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์หรือควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ดียิ่งขึ้น และลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาให้ครบทุกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย และควรศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยครบทุกระยะการดำเนินโรค อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละระยะการดำเนินโรค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล ให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในทุกระยะการดำเนินโรค

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว กับอาการผิดปกติที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการดำเนินโรคที่คล้ายคลึงกันต่อไป

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
THE RELATIONSHIPS BETWEEN MUTUALITY, PREDICTABILITY AND CAREGIVER ROLE STRAIN IN OLDER PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE

ฉัตรกมล ประจวบลาภ 5437194 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), นารีรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), อัครวุฒิ วิริยเวชกุล, พบ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการสำรวจแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุระดับประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) พบว่าประชากรสูงอายุในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวน 7.4 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ความสูงอายุนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุ (Vernon, 2009) จากการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากสถิติโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นครั้งแรกในประเทศไทย พ.ศ. 2553-2554 พบว่ามีผู้ป่วยลงทะเบียนเป็นจำนวนมากกว่า 60,000 ราย คิดเป็นความชุกในประเทศไทย 242.57 ต่อประชากร 100,000 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553)

Copyright by Mahidol University

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาท เกิดจากการเสื่อมและตายลงของเซลล์ในส่วนของ Substantia nigra ใน Basal ganglia ซึ่งจะมีการสูญเสียเซลล์เหล่านี้ร้อยละ 70 – 80 (Meyer, Derr,& Imke, 2007) เซลล์ในส่วนนี้มีหน้าที่ในการผลิตสาร

Dopamine ในสมองซึ่งมีความสำคัญในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อสาร Dopamine น้อยลง จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของความเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) อาการสั่นขณะอยู่นิ่ง (Resting tremor) อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (Muscular rigidity) และปัญหาในการทรงตัวลำบาก (Postural instability) และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของการเดินและการทรงตัวเปลี่ยนไป (ปณิตา ลิมปะวัฒนา, 2552) ถึงแม้ว่าการรักษาโรคพาร์กินสันจะก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดแน่นอนว่ามีอะไรที่สามารถป้องกันการเกิดโรคพาร์กินสัน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) จากการวิจัยพบว่าระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday,& McCann, 2010) ซึ่งการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ยาวนานและระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง ส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลตามระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Abendrotha et al., 2011) จากสถานการณ์ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และภาวะเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านประกอบกับต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลการรักษา และการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะสุขภาพเลวลง และด้านจิตใจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทสูงขึ้น (Wirojratana, 2002) สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะคุณภาพเชิงบวกของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) Archbold, Stewart, Greenlick, and Harvath (1990) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นลักษณะเฉพาะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากความรัก ความใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกัน ภายใต้สถานการณ์การดูแล หากผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระดับสูง และพบว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดีระหว่างกัน จะสามารถลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ (Lyons, et al., 2007)

จากหลักฐานทางการแพทย์ได้บ่งบอกถึงอาการหลากหลายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และพบข้อสังเกตว่าผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายมีอาการไม่เหมือนกันร้อยเปอร์เซ็นต์ คือความแตกต่างในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้น หรือแตกต่างกันในรายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุนนาค, 2550) จากอาการดังกล่าว

Copyright by Mahidol University

ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงอาจแตกต่างกันไปได้ในแต่ละวัน ความสามารถในการทำนายการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ถ้าผู้ดูแลสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีและลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Carter et al., 1998) และพบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545)

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold and Stewart (1980 - 1982) เป็นแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพยาบาล เพื่อให้เข้าใจการประเมินปัญหาความต้องการ และวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแล และปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลต่อประสบการณ์การดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ว่าลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นการตอบสนองของการดูแลครอบครัว แบ่งออกเป็นประสบการณ์การดูแลด้านลบคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และประสบการณ์การดูแลด้านบวก คือ รางวัลที่ได้รับจากการดูแล ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านนี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Wirojratana, 2002) ซึ่งแนวคิดการดูแลครอบครัวประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ๆ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Antecedent factors) การดูแลครอบครัว (Family care) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care) และผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงมีความสำคัญที่ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวต้องคำนึงถึงเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากที่ได้ทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลยังมีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ทั้งที่บริบททางสังคมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในต่างประเทศและในประเทศไทยมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Mutuality) ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) ว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลอย่างไร เพื่อ

Copyright by Mahidol University

เป็นแนวทางในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ลดภาวะพึ่งพาและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. ความสามารถในการทำนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlative research)

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ

แบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสันและคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 106 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป บรรลุนิติภาวะ
2. เป็นผู้ดูแลหลัก เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง
3. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ค่า alpha = .05 ให้อำนาจการทดสอบ power = .80 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดค่า effect size จากงานวิจัยที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (Medium effect size = .30) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย (Polit & Beck, 2008) และได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 106 ราย โดย 6 ราย พบคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ทั้ง 100 รายที่เหลือ ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จึงเป็นตัวอย่างจริงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โรคร่วมอื่นๆ และระยะการดำเนินโรค

Copyright by Mahidol University

1.2 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น การช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ

2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Srickland & Lenz, 1991) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.61 – 0.95 ส่วนการศึกษาในครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย) และ 0.77 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย)

3. แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการทำนายการดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการรับรู้ในการคาดการณ์ของญาติผู้ดูแลและการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Srickland & Lenz, 1991) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.69 ส่วนการศึกษาครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.70 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย) และ 0.69 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย)

Copyright by Mahidol University

4. แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ของ Archbold & Stewart (1990) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ แต่การศึกษาในครั้งนี้เลือกมาศึกษา 5 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากความเป็นห่วง มีจำนวนคำถาม 16 ข้อ ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง มีจำนวนคำถาม 14 ข้อ ความเครียดโดยรวม มีจำนวนคำถาม 4 ข้อ และ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน มีจำนวนคำถาม 46 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง แบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง แบบสอบถามความเครียดโดยรวม และแบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Srickland & Lenz, 1991) ได้ค่า CVI ดังนี้ 0.93, 1.00, 0.93, 0.81 และ 1.00 ตามลำดับ ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75 – 0.76, 0.39 – 0.80, 0.71 – 0.84, 0.60 – 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค **เท่ากับ** 0.78, 0.70, 0.79, 0.78 และ 0.89 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย) ตามลำดับ และ 0.73, 0.73, 0.82, 0.80 และ 0.89 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย) ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในสถานที่เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ และหัวหน้าพยาบาลในสถานที่เก็บข้อมูล แนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

Copyright© by Mahidol University

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำสถานที่เก็บข้อมูล เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และแจ้งต่อญาติผู้ดูแลที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแล เพื่อแนะนำตัวและแจ้งรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

3.2 หากญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล และแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยจัดสถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างเป็นส่วนตัว

3.3 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและมอบเงินค่าตอบแทนจำนวน 100 บาท/ราย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 106 ราย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที/ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนนำเสนอผลการวิจัย พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้แจ้งต่อญาติผู้ดูแลที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงด้วยวาจาด้วยตนเองถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัยและการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่วัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย จนถึงการนำเสนอผลการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใดๆต่อการรับการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แต่จะใส่เลขที่แบบสอบถามเพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

Copyright by Mahidol University

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติผู้ดูแลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และความเบ้ (Skewness)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน ผู้วิจัยคำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

a. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโดยทดสอบค่าการกระจายของตัวแปรต้น ได้แก่ คะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล คะแนนความสามารถในการทำนายการดูแล และตัวแปรตามได้แก่ คะแนนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นรายด้าน

b. ผลการทดสอบพบว่าการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้อต้นของการใช้สหสัมพันธ์เพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงใช้การแก้ปัญหาโดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย แล้วนำมาทดสอบการกระจายของตัวแปรใหม่พบว่า การกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนของตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

Copyright by Mahidol University

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 59 รายคิดเป็นร้อยละ 59 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 70.9 ปี (S.D. = 8.09) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

พาร์กินสันและมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 4 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 พบภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย 3 อันดับแรก คือ อาการท้องผูก ร้อยละ 71 อาการเหนื่อย อ่อนล้า ร้อยละ 65 และภาวะหลงลืม ร้อยละ 62 ตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจพบ ความวิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ร้อยละ 45 และมีเสียงแว่ว หรือเห็นภาพหลอนร้อยละ 30 มีโรคร่วม ร้อยละ 51 มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 29 ระยะที่ 4 ร้อยละ 14 และ ระยะที่ 1 ร้อยละ 7 ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชายร้อยละ 30 โดยมีอายุตั้งแต่ 19 – 84 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 14.06) สถานภาพคู่ ร้อยละ 63 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37 เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 39 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 10 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17 - 24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 50 และได้ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นระยะเวลา 4 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัวร้อยละ 38 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 10 ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 23 และมีระยะเวลาที่เป็นประสบการณ์ในการดูแลอยู่ในช่วง 4 – 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 แต่ในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้านร่วมด้วย ร้อยละ 16 มากที่สุดเป็นมารดาของ

Copyright© by Chulalongkorn University

ผู้ป่วย ร้อยละ 6 และมีระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดอยู่ในช่วง 41 – 50 ปีส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 60โดยผู้ที่ให้ความช่วยเหลือมากที่สุดคือ ภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 34

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2.1 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 23 – 55 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน) Mean = 42.18, S.D. = 6.61 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = -0.33)

2.2 ความสามารถในการทำนายการดูแล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ระหว่าง 6 – 22 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 27 คะแนน) Mean = 14.36, S.D. = 3.87 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.15)

2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้ง 5 ด้าน คือ ความเครียดจากความเป็นห่วง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ความเครียดโดยรวม และความเครียดจากการดูแลโดยตรง ดังนี้

2.3.1 ความเครียดจากการดูแลโดยตรง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 37 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 184 คะแนน) Mean = 1.26, S.D. = 3.98 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 2.76)

Copyright by Mahidol University

2.3.2 ความเครียดจากความเป็นห่วง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 11 – 61คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 64 คะแนน) Mean = 36.07, S.D. = 9.25 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง (Skewness = - 0.28)

2.3.3 ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 44 คะแนน) Mean = 7.04, S.D. = 4.29 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.26)

2.3.4 ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ระหว่าง 0 – 2.78 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 56 คะแนน) Mean = 0.96, S.D. = 0.73 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.41)

2.3.5 ความเครียดโดยรวม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 16 คะแนน) Mean = 6.32, S.D. = 4.00 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ด้านความเครียดโดยรวม ค่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.31)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ($r = -0.24, p < .05$) และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทาง

Copyright by Mahidol University

สถิติ (r = - 0.23, p < .05)และความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) มีอายุเฉลี่ย 49.38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; ปิติพร สิริทิพากร, 2555; วิภารัตน์ นาวารัตน์, 2545; วิไลพร ศรีธเรศ, 2546) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 62) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันทางความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2547; ปิติพร สิริทิพากร, 2555; สุรพิญ ชนะพิศ, 2552; อารีย์ แสงรัศมี, 2547) แตกต่างกับงานวิจัยในต่างประเทศ (Carter et al., 2010; Lawrence et al., 2011; Lyons et al., 2009; Tanji, 2008)

ที่พบว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคู่สมรสมากกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นชุมชนของเมืองหลวงก็ตาม แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทย และการนับถือศาสนาพุทธ ที่กล่าวไว้ว่าผู้เป็นบุตรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เหมือนเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า ไม่ตกต่ำ เพราะเป็นการแสดงถึงความกตัญญูกตเวที (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ด้านระดับการศึกษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 21) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่มีการพัฒนาด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับโอกาสและการสนับสนุนทางด้านการศึกษาที่มากกว่า จึงแตกต่างกับการศึกษาของ วัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครปฐมและราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51)

Copyright © by Mahidol University

ด้านปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โดยเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 39) และเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 33) ถึงแม้จะพบว่ารายได้ของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะน้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือจากบุตร และญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่นๆ (ร้อยละ 60) จึงทำให้ประเมินได้ว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อย

นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ใน 1 วัน ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 17 – 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 68) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน (ร้อยละ 77) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 64 และมีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 และมีโรคร่วม (ร้อยละ 51) หมายถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล และจากพยาธิสภาพของโรคที่พบว่าโรคพาร์กินสันจะมีระยะการดำเนินของโรคยาวนานมากกว่า 15 ปี (Halliday G.M. & McCann H., 2010) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ62) แตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเจ็บป่วยเกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ที่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และร้อยละ 60 ของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียด (Roland, Jenkins & Johnson, 2010)

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า มีค่าคะแนนรวมของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 23 – 55 คะแนน (Median = 43.00, Mean = 42.18, S.D. = 6.61, Skewness = - 0.33) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจาก ความรัก ความใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกันในสถานการณ์ของการดูแล สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง (Mean = 32.07, S.D. = 10.20, Skewness = - 0.15) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 291 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 64.25 มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง

Copyright by Mahidol University

หากพิจารณาผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ค่อนไปทางด้านสูง อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งในบริบทของสังคมไทย เพศหญิงเป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เคารพรัก ให้ความช่วยเหลือดูแล สนับสนุนจิตใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในเวลาที่เกิดสถานการณ์ของการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ที่ศึกษาภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน ปี 2549 พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง และจะมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในครอบครัวอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lyons et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความสามารถในการทำนายการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า มีค่าคะแนนรวมของความสามารถในการทำนายการดูแลอยู่ระหว่าง 6 – 22 คะแนน (Median = 14.00, Mean = 14.36, S.D. = 3.87, Skewness = 0.15) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายการดูแล ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึงญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแล อยู่ในระดับสูง (Mean = 14.71, S.D. = 3.77, Skewness = - 0.622) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 76) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 37) ญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น (ร้อยละ 77) สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทของคู่สมรส บทบาทในการหาเลี้ยงชีวิต และบทบาทผู้ดูแลซึ่งเป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น กับภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะใส่ใจดูแลผู้ป่วยและยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมทั้งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรค อยู่ในระยะกลางถึงระยะท้ายของโรค (ร้อยละ 64) หมายความว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะทุพพลภาพ เพราะการทำหน้าที่ของร่างกายเริ่มจำกัด อาการของโรคปรากฏเด่นชัดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carter, Archbold & Stewart. (2002) ที่

Copyright by Mahidol University

พบว่าในระยะท้ายของโรคจะมีอาการทางด้านการเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ส่งผลให้การดูแลตามกิจวัตรประจำวันหยุดชะงัก เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น อาจใช้เวลาเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือไม่สามารถกำหนดเวลาได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ดังนั้นอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากการดูแลโดยตรงอยู่ระหว่าง 0 – 37 คะแนน (Mean = 1.26, S.D. = 3.98) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแล แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลโดยตรง อยู่ในระดับสูง (Mean = 82.82, S.D. = 28.90, Skewness = 2.10) (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ อยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ในช่วงเริ่มต้นถึงช่วงกลางของโรคจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพที่พบยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ญาติผู้ดูแลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงบางส่วน ร่วมกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้

2. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากความเป็นห่วง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงอยู่ระหว่าง 11 – 61 คะแนน (Mean = 36.07, S.D. = 9.25) และญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมของความเครียดจากความเป็นห่วงที่มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52 คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากความเป็นห่วง ค่อนไปทางด้านสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 77 ซึ่งพบว่า

Copyright© by Mahidol University

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องของการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจหรือมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จะทำให้สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุนนาค, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะความเครียดจากความเป็นห่วงเพราะความเครียดนี้เกิดจากความกังวลใจด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

3. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (Mean = 7.04, S.D. = 4.29) และญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมของความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารที่มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 46 คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากปัญหาของผู้สูงอายุด้านการได้ยิน การพูด และความจำบกพร่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 82ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 50ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูดลำบาก และร้อยละ 61ไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำบกพร่อง ประกอบกับระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยยาวนานซึ่งให้การดูแล 4 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และให้การดูแลมากกว่า10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานร่วมกับไม่มีความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาด้านการสื่อสารดังกล่าว อาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ และไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

4. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอยู่ระหว่าง 0 – 2.78 คะแนน (Mean = 0.96, S.D. = 0.73) และญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมของความเครียดจากบทบาทขัดแย้งที่มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 49 คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน อาจเนื่องมาจากอิทธิพลจากกระบวนการคิดและแบบแผนการดำเนินชีวิตใน

Copyright by Mahidol University

ค่านิยมของคนไทย ที่คิดว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมา ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะบุตรหลาน หรือสามี/ภรรยา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 จึงไม่เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากความรับผิดชอบที่มีอยู่ อาจทำให้ไม่เกิดความเครียดจากการกระทำบทบาทหลายด้านพร้อมกัน

5. ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดโดยรวม

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน (Mean = 6.32, S.D. = 4.00) และญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมของความเครียดโดยรวมที่มากกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 47 คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวม ค่อนไปทางด้านต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดจากการดูแล หรือความกดดันจากความรับผิดชอบในบทบาทของผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัย Baby Boomer (พ.ศ. 2475 – 2503) ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะมีความอดทน รับผิดชอบสูง มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและรู้จักคิด (ธรรมรัตน์ อยู่พรต, 2556) และร้อยละ 97 นับถือศาสนาพุทธ อิทธิพลทางศาสนาที่สอนให้บุคคลมีความกตัญญูกตเวที สอนเรื่องบาปบุญคุณโทษ จึงส่งผลต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 63 อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้โรคพาร์กินสันจะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงในการซื้อยาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล (Campenhausen S.V., 2011; Neuroscience T., 2009) แต่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 72 นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวและจากแหล่งประโยชน์อื่นในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60 จากเหตุผลดังกล่าว จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดโดยรวมในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

นั่นคือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวม แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (คมสัน แก้วระยะ, 2540; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2551; วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545; Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Lyons, Stewart, Archbold, & Carter, 2009; Tanji, et al., 2008) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirojratana (2002) ที่ศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ คือ

ประการที่ 1 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีช่วงวัยที่หลากหลาย (Min = 19, Max = 84, Mean = 49.38, S.D. = 14.06) ซึ่งในแต่ละช่วงวัยของญาติผู้ดูแลแต่ละคนมีลักษณะแตกต่างกัน กล่าวคือ มีญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วง Generation Y (พ.ศ. 2521 - 2540) 6 คน, Generation X (พ.ศ. 2504 - 2520) 34 คน, Baby Boomer (พ.ศ. 2475 - 2503) 51 คน และกลุ่มลายคราม (เกิดก่อนปี ค.ศ. 2488) 9 คน โดยในแต่ละช่วงวัยจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มคน Generation Y จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ชอบอยู่ในกรอบ และไม่ชอบเงื่อนไข กลุ่มคน Generation X จะมีพฤติกรรมชอบอะไรง่ายๆ ไม่ต้องเป็นทางการ ให้ความสำคัญกับเรื่องความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว (Work-life Balance) กลุ่มคน Baby Boomer จะมีความอดทนและทุ่มเทกับงานที่รับผิดชอบ และกลุ่มลายคราม จะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน มีคุณลักษณะที่มั่นคง สู้งานหนักและรู้จักคิด (ธรรมรัตน์ อยู่พรต, 2556) แสดงให้เห็นว่าอายุหรือระยะพัฒนาการของชีวิตมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและการดำเนินชีวิต ถึงแม้ระดับของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะอยู่ในระดับสูง แต่อาจไม่มีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้

Copyright© by Mahidol University

ประการที่ 2 จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 70.9 ปี แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความ

หลากหลาย ทั้งกลุ่มโรคของผู้ป่วย อายุ และเชื้อชาติ ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโส เน้นความแตกต่างกันของอายุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมตะวันตก ที่ไม่ได้ให้ค่ากับความอาวุโส และมักถือว่าทุกคนถึงแม้จะเป็นญาติแต่มีสิทธิเท่าเทียมกัน (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2552) ซึ่งแนวคิดของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นได้พัฒนามาจากวัฒนธรรมที่มีสิทธิเท่าเทียมกัน แตกต่างจากวัฒนธรรมของไทยที่พบว่า ปรากฏการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นยังมีการเคารพในความเป็นอาวุโส ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78 และผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุทั้งหมด อาจมีอิทธิพลทำให้การรับบทบาทของญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุ และเชื่อว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ

นอกจากนี้ยังพบว่า คุณลักษณะของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในคนไทยนั้นยังประกอบไปด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็นหน้าที่ (Wirojratana, 2002) ประกอบกับเมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม ในขณะนั้นญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจจะมีปริมาณความเครียดลดลงกว่าที่ได้รับจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงเป็นการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ดี เป็นความรับผิดชอบที่พึงกระทำ ภายใต้ความเคารพรักและความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัว ถึงแม้จะเป็นบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้ความดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดในบทบาทที่ตนเองได้รับ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวได้ตามความคาดหวัง คือ ผู้ดูแลไม่มีความยากลำบากในการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ความคาดหวังในบทบาท กับ การแสดงบทบาทที่เป็นจริง มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน จึงทำให้ไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำนายการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีทั้งสนับสนุนสมมติฐานและไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

Copyright by Mahidol University

ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p < .05$, $r = -.23$, $p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ผลการศึกษาที่ได้และสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการสื่อสารและโดยรวมได้ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการปัญหาในการสื่อสารและสถานการณ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยได้จึงมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารและความเครียดโดยรวมในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา (17 – 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 50) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานซึ่งให้การดูแล 4 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และให้การดูแลมากกว่า10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ช่วงระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยนี้อาจจะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาทั้งการได้ยิน การพูดลำบาก และความบกพร่องของความจำได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับในขณะนี้ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเพียงคนเดียวในบ้าน ร้อยละ 84 จากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้น มีความจำเป็นต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากเพียงพอจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค, 2550) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวัง จึงมีผลทำให้ลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสารได้

และผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยรวม กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมสถานการณ์ของการดูแลได้ จึงมีผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลนั้นเป็นพื้นฐานของสถานการณ์การดูแลที่จะช่วยผู้ดูแลได้ ตั้งแต่ความเข้าใจในประสบการณ์การดูแล ช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลได้อย่างเป็นธรรมชาติ ไม่รู้สึกอึดอัดแม้สถานการณ์ของการดูแลจะเปลี่ยนไปจากการดูแลตามปกติทุกวัน และทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแลรวมทั้งสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Stewart, & Weiner, 2008) และพบว่าความสามารถในการทำนายการดูแลจะช่วยลดความเครียดในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (Archbold, Stewart, Miller, Harvath, Greenlick, & Buren, 1995)

Copyright by Mahidol University

ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตามความคาดหวังของตนเอง จึงมีผลทำให้ลดความเครียดโดยรวมในบทบาทผู้ดูแลได้

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากความเป็นห่วง และความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น นั่นคือ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการดูแลโดยตรง ด้านความเป็นห่วง และด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

กล่าวคือ ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ($r = - 0.45$, $p < .05$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลโดยตรงได้ร้อยละ 20.2 (วัลภา ส่งวัฒนายุทธ, 2545) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะต้นถึงระยะกลาง คือ อยู่ในระยะการดำเนินโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 86 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ในช่วงเริ่มต้นถึงช่วงกลางของโรคจะยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพที่พบยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ต่างกับการศึกษาของวัลภา ส่งวัฒนายุทธ (2545) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 98 หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้น เมื่อมีความแตกต่างกันในลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะสามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แต่อาจไม่ส่งผลต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ด้านความเครียดจากการดูแลโดยตรงได้

ความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากความเป็นห่วง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากความเป็นห่วง ($r = - 0.19$, $p < .05$) (Wirojratana, 2002) และความสามารถในการทำนายการดูแลไม่มีผลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากบทบาทขัดแย้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Copyright by Mahidol University

(Inoue, 1997; Wirojratana, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกและแหล่งประโยชน์อื่นๆ หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ นอกครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล (Ford et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marziali, Donahue, & Crossin (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และมีความสำคัญต่อการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Schreurs, Ridder, & Bensing, 2007) ดังนั้น เมื่อญาติผู้ป่วยรับบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงแม้จะเกิดความเครียดจากความกังวลใจด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และอาจต้องทำบทบาทหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน แต่ด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงอาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดันหรือความคับข้องใจ และไม่ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา รวมทั้งการศึกษาไม่พบผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้ายของโรคที่กลุ่มตัวอย่างรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในภาคตัดขวาง อาจจะทำให้เห็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันไม่สมบูรณ์ จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันในบริบทอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวม ซึ่งสนับสนุนแนวคิด The Family Care Model ของ อาร์ตโบน และสจ๊วต (Archbold and Stewart, 1980) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการทำนายการดูแลที่ดีจะสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากปัญหาด้าน

Copyright© by Mahidol University

การสื่อสาร และความเครียดโดยรวมได้ พยาบาลจึงควรใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยในการให้การพยาบาลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนี้

1. ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การพูดลำบาก การได้ยินและความจำบกพร่อง โดยนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินญาติผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงทุกราย และเมื่อพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทก็ควรหาแนวทางในการดูแลแก้ไขตามกระบวนการพยาบาล และควรทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม โดยเฉพาะแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วย และนักอรรถบำบัด เป็นต้น ซึ่งเมื่อปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขก็จะทำให้การสื่อสารของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์การดูแลได้ จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านความเครียดจากการสื่อสารลดลงได้

2. ควรมีการประเมินความสามารถในการทำนายการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำนายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรวางแผนการพยาบาลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ การจัดกิจกรรมกลุ่มของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์หรือควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ดียิ่งขึ้น และลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลโดยรวมได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาให้ครบทุกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย และควรศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยครบทุกระยะการดำเนินโรค อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละระยะการดำเนินโรค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล ให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในทุกระยะการดำเนินโรค

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว กับอาการผิดปกติที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นแนวทาง

Copyright by Mahidol University

ในการให้การพยาบาลแก่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการดำเนินโรคที่คล้ายคลึงกันต่อไป

Copyright by Mahidol University

THE RELATIONSHIPS BETWEEN MUTUALITY, PREDICTABILITY AND CAREGIVER ROLE STRAIN IN OLDER PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE

CHATKAMON PRACHUABLARP 5437194 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPAN WIROJRATANA, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), NARIRAT JITRAMONTREE, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), AKRAVUDH VIRIYAVEJAKUL, M.D. (DIPLOMATE THAI BOARD IN NEUROLOGY)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Today's global population lives longer as a result of medical and public health advancements and that includes the Thai population. One survey on trends in the number of older persons conducted by the National Statistical Office (2009) reveals the elderly population to be 7.4 million in 2011 and this number is expected to rise to 17.7 million by 2030. Age leads to health risks and problems, especially in terms of chronic disease. Parkinson's disease is a chronic disease found in 1% of older persons (Vemon, 2009). According to a survey of the Bureau of Policy and Strategy, the number of Parkinson's disease patients is steadily increasing. According to statistics from the first registry of patients with Parkinson's disease in 2010-2011, the number of registered patients was over 60,000, or 242.57 patients per 100,000 people (Roongroj Bhidayasiri, 2010).

Parkinson's disease is caused by cell degeneration and death in the substantia nigra of the basal ganglia. This cell loss can be as much as 70-80% (Meyer, Derr & Imke, 2007). The aforementioned cells are responsible for the production of dopamine, which is important for physical movement. When dopamine levels are low,

Copyright© by Mahidol University

the patient develops problems involving physical movements, for example, slow physical movement or bradykinesia, resting tremors, muscular rigidity and postural instability. The patient's walking and postural stability also change with age. Although current treatments for Parkinson's disease are more advanced, the disease remains incurable, and there is no evidence concerning disease prevention (Roongroj Bhidayasiri, 2010). Research findings reveal this disease to progress over a 15-year period (Halliday & McCann, 2010). Thus, the patient's ability to perform self-help is low and the patient requires constant dependence on family members. It has been found that family caregivers of patients with Parkinson's disease develop caregiver strain in line with increased disease progression from the time the patients are diagnosed with the disease until the patients' death (Abendroth et al., 2011). Today's family structure is dominated by nuclear families as opposed to the extended family structure of the past. Furthermore, economical conditions require the family members of patients to go out to work in addition to helping the patient with daily routines. Consequently, caregivers suffer physical and mental strain, for example, by having poorer health condition and more stress (Wirojratana, 2002). For these reasons, familial relationships are important, particularly concerning positive relationships between caregivers and patients.

Archbold, Stewart, Greenlick and Harvath (1990) developed a concept on mutuality as a specific relationship between caregivers and care-receivers. It is a positive relationship occurring as a result of love, intimacy, trust, gentleness, satisfaction between the two parties and a caring situation. If mutuality is low, caregiver strain becomes high. A good mutuality between caregivers and patients has been the role to be capable of minimizing strain for caregivers of older persons with Parkinson's disease (Lyons, et al., 2007).

Medical evidence indicates the multiple symptoms occurring in Parkinson's disease patients and the symptoms of each patient develop differently. In other words, differences in symptoms or differences in the details of physical check-up findings occur (Roongroj Pitayasiri, Kamman Pantumjinda and Sijittra Bunnak, 2007). The aforementioned symptoms cause impact on family caregivers, thereby preventing them from predicting and controlling situations occurring with patients. Thus, caregiver's activities can differ from day to day. Predictability is important because

Copyright by Mahidol University

family caregivers who can predict what is going to occur with patients can provide better care for the patients and reduce caregiver role strain (Carter et al., 1998). Predictability has been found to be correlated with caregiver role strain to a moderate degree (Wanlapa Songwattanayut, 2002).

This research employed the family care concept of Archbold and Stewart (1980-1982) which is a concept that explains home-based caregiving. The concept is significant in nursing care in that it helps build understanding about the evaluation of problems, needs and nursing planning. This concept can explain occurrences surrounding the role of caregivers for older persons within the Thai context (Wirapan Wirojrat, 2010). The concept focuses on constant interaction between older persons and family caregivers. This interaction influences caregiver roles and affects the caregiving experience both positively and negatively. It has been hypothesized that the nature of the relationship between older persons and family caregivers influences family caregiver roles, which is a response to family care. It is divided into negative care experiences, namely, role strain and positive care experiences, namely, the reward received from care giving. The two sides of these experiences can affect the caregiver's health condition (Wirojratana, 2002). Family concepts care was composed of 4 main parts, namely, antecedent factors; family care, responses to family care and outcome of caregiving.

According to the literature review, these factors can affect caregiver role strain. Thus, studies of the variables causing caregiver role strain require healthcare teams, particularly nurses who have opportunities to develop close relationships with older persons and family caregivers. Furthermore, nurses need to consider patients hospitalized for treatment. According to the domestic and foreign literature reviewed, studies on the factors causing caregiver role strain appear to be scarce, especially in family caregivers of older persons with Parkinson's disease, despite the fact that social context and caregiving quality in foreign countries and in Thailand vastly differ. Hence, the researcher is interested in studying factors such as mutuality and predictability in terms of correlations with caregiver role strain in order to acquire a caregiving guideline and reduce dependency while improving caregiver quality of life.

Copyright by Mahidol University

Objectives

1. To study the mutuality, predictability and caregiver role strain in caregivers of older persons with Parkinson's disease

2. To study the correlations between mutuality, predictability and caregiver role strain in caregivers of older persons with Parkinson's disease

Hypotheses

1. Mutuality is negatively correlated with the caregiver role strain of family caregivers of older persons with Parkinson's disease.

2. Predictability is negatively correlated with the caregiver role strain of family caregivers of older persons with Parkinson's disease.

Methodology

The present study was based on a descriptive correlative research design.

Population and Sample Selection

The population was composed of family caregivers of older persons with Parkinson's disease treated at the Chulalongkorn Comprehensive Movement Disorders Center, Thai Red Cross, and the Parkinson Clinic and the Prasat Neurology Clinic of the Prasat Neurological Institute.

The sample was composed of male and female family caregivers providing care for older persons with Parkinson's disease and brought the patients to be treated at the Chulalongkorn Comprehensive Movement Disorders Center and the Parkinson Clinic and the Neurology Clinic of the Prasat Neurological Institute. Data was collected from one primary caregiver per patient for a total of 100 cases, and the convenient sampling method was used according to the following caregiver qualities:

Copyright by Mahidol University

Inclusion Criteria

1. Aged 20 years or older.

2. Primary family caregiver of an older person with Parkinson's disease and a voluntary caregiver without payment.

3. Ability to communicate in Thai.

The sample size was calculated by using a power analysis table with alpha = .05, power = .80. As there was no sample of effect size from the studies reviewed, the researcher set a medium effect size of 0.30 and a sample group size of 88 was obtained (Polit & Beck, 2008). A 20-percent increase was added to the sample group size of the 88 samples. Thus, a sample group size of 106 was obtained. Of these, six failed to meet the inclusion criteria. None of the remaining hundred recruits refused to participate in the study and thus became the actual sample group for the research. Data was collected from 30 October 2013 to 28 December 2013.

Instrumentation

The instruments employed in data collection were composed of the following four sections:

1. The Demographic Data Questionnaire was divided into 2 parts:

1.1 Older persons with Parkinson's disease: questions on age, gender, marital status, religion, educational attainment, diagnosis, complications, co-morbidities and disease progression/duration.

1.2 Family caregivers: questions on age, gender, marital status, religion, educational attainment, family income, and relationship with the patient, caregiving duration, chronic disease, and help received from other family members and other sources of benefits.

2. Mutuality Questionnaire

Copyright by Mahidol University

The instrument was created by Archbold & Stewart (1990) in Thailand. Wirojratana (2002) translated and modified the mutuality scale of Archbold & Stewart (1990) to suit the context of Thai society. The instrument measures the quality of

mutuality and contains 15 questions. The researcher had the instrument verified for content validity index (Waltz, Strickland & Lenz, 1991) and a CVI of 1.00 was obtained. In Thailand, this instrument has been used in family caregivers of patients with chronic diseases such as dementia and cerebrovascular disease (stroke), and Cronbach's alpha values of 0.61-0.95 were obtained. For the present study, a Cronbach's alpha of 0.72 was obtained for a trial sample group of 30 subjects with a value of 0.77 for the sample group of 100.

3. Predictability Questionnaire

The instrument was created by Archbold & Stewart (1990) in Thailand. Wirojratana (2002) translated and modified the predictability scale of Archbold & Stewart (1990) to suit the context of Thai society. The instrument measures caregiver's predictability and contains 7 questions. The researcher had the instrument verified for content validity index (Waltz, Strickland & Lenz, 1991) and a CVI of 1.00 was obtained. In Thailand, this instrument has been used in family caregivers of patients with chronic diseases such as dementia and cerebrovascular disease (stroke), and a Cronbach's alpha of 0.69 was obtained. For the present study, a Cronbach's alpha of 0.70 was obtained for the trial group of 30 subjects with a value of 0.69 for the sample group of 100.

4. Caregiver Role Strain Questionnaire

The instrument was created by Archbold & Stewart (1990) in Thailand. Wirojratana (2002) translated and modified the caregiver role strain scale of Archbold & Stewart (1990) to suit the context of Thai society. The instrument measures caregiver's predictability and contains 10 elements; however, 5 elements, namely, anxiety-related stress (16 questions), communication strain (7 questions), conflict strain (14 questions), overall stress (4 questions) and direct caregiver role strain were selected. The researcher modified the instrument to contain 46 questions suiting family caregivers of older persons with Parkinson's disease. The researcher had the instrument verified for content validity index (Waltz, Strickland & Lenz, 1991) and CVIs of 0.93, 1.00, 0.93, 0.81 and 1.00 were obtained. In Thailand, this instrument has been used in family caregivers of patients with chronic diseases such as dementia

Copyright by Mahidol University

and cerebrovascular disease (stroke), and Cronbach's alpha values of 0.75 – 0.76, 0.39 – 0.80, 0.71 – 0.84, 0.60 – 0.84 and 0.89 were obtained. In the present study, Cronbach's alpha values of 0.73, 0.73, 0.82, 0.80 and 0.89 were obtained.

Data Collection

Data collection procedures were as follows:

1. Once approval had been granted by the Ethics Committee at the data collection venues, the researcher submitted a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University to the Director of Chulalongkorn University, the Thai Red Cross and the Director of the Prasat Neurological Institute to introduce herself and to explain the research objectives, methodology, data collection, protection of the patients' rights and request permission to collect data.

2. After permission was granted to collect data, the researcher met with doctors and head nurses at the data collection facilities and explained the research objectives and data collection details to enlist their cooperation.

3. The researcher then proceeded with the following steps:

3.1 The researcher requested that nurses or staff working at the data collection facilities be the people to select the participants in line with the set criteria and to notify the family caregivers willing to participate in the research. Next, the researcher met with the recruits to introduce herself and to explain the details of the research with the right to decide about participating in the study.

3.2 When the volunteer family caregivers consented to participate in the study, the researcher had the recruits sign informed consent forms. The researcher explained each part of the questionnaires, namely, the demographic data questionnaire, the caregiver demographic data questionnaire and the questionnaires on mutuality, predictability and caregiver role strain. A place was arranged for the sample to complete the questionnaires in private.

3.3 After data was collected from the questionnaires, the researcher thanked the participants for their cooperation and gave the participants 100 baht in remuneration per person. Data was collected from all 100 subjects and the subjects took 30-45 minutes per case to complete data collection.

Copyright by Mahidol University

Protecting the Rights of the Sample Group

The researcher considered research ethics by protecting the rights of the sample group from data collection to the presentation of the research findings. Nurses stationed at the clinics reported on the family caregivers who were interested and willing to participate in the study and introduced these subjects to the researcher. Next, the researcher offered a verbal explanation on details concerning the researcher and the study, including the research objectives, methodology and presentation of the findings. The researcher also clarified the benefits and risks of the research and requested cooperation in completing the questionnaires without any coercion. The sample group had the rights to consent or refuse to participate without any consequences on the patient's treatment. All of the sample group data were kept classified without any name identification in the questionnaires. Only code numbers were put in the questionnaires for the purpose of counting. Consent forms were stored separately from the questionnaires to ensure that no one would know which questionnaire belonged to which patient. The discussion or publication of data contained no names of individual subjects and will only be presented from an aggregate perspective of the research findings.

Data Analysis

The data collected from the sample group were distributed and analyzed in line with statistical procedures using a computer program package as follows:

1. Descriptive statistics, namely, frequency distribution and percentage, was used to analyze personal data of the patients and of the family caregivers.

2. Data was analyzed to determine range, mean, standard deviation and skewness which were calculated to analyze mutuality, predictability and role strain of family caregivers of older persons Parkinson's disease patients.

3. The correlations between mutuality and caregiver role strain with the correlations between predictability and caregiver role strain were analyzed individually by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient for calculation.

Copyright by Mahidol University

a. Pearson's Product Moment Coefficient was used to test the distribution of independent variables', namely, mutuality scores and predictability scores and dependent variables, namely, role strain in terms of individual stress scores.

b. The test results showed the variable distribution to not form a normal curve. This was not in congruent with preliminary agreement of the use of Pearson's Product Moment Coefficient to analyze correlation. Thus, the researcher solved the problem by adding 20% to the sample group size and re-testing variable distribution. According to the findings, the distribution was normal in line with the preliminary agreement. Thus, the scores obtained for the independent and dependent variables were analyzed for Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Research Findings

Section 1 – Demographic Data for Parkinson's Disease Patients and Caregivers

Demographic Data of Patients

Of the 100 Parkinson's disease patients, 59 (59%) were males aged 60-93 years with a mean age of 70.9 years (SD = 8.09), 90% and married. All of the subjects were Buddhists, 43% had primary school educational attainments; 36% were diagnosed with Parkinson's disease and had illness durations of 4-10 years. The top three physical complications developed by the patients were constipation (71%), fatigue (65%) and dementia (62%). In terms of psychological complications, anxiety ranked first (48%), followed by mood swings (45%) and delusions (30%); 51% of the subjects developed co-morbidities (hypertension and hypertension with diabetes). The patients were mostly in Stage 3 (50%), followed by Stage 2 (29%), stage 4 (14%) and Stage 1 (7%).

Copyright by Mahidol University

Demographic Data of Caregivers

Of the 100 subjects with Parkinson's disease, 70% were females and 30% were males with ages ranging from 19 to 84 years and a mean age of 49.38 years (SD = 14.06); 63% were married and living with spouses; 97% were Buddhists; 51% had bachelor's degree educational attainments; 37% had family incomes of less than 20,000 baht/month; 39% had sufficient income for the expenses but insufficient for savings; 62% of the family caregivers were the children of the patients and 10% were spouses; 50% of care duration was 17-24 hours/day; 37% had taken care of the patients for 4-10 years; 38% of the family caregivers had chronic diseases, with hypertension being the most prevalent (10%); 23% of the family caregivers had experience in taking care of other patients and 36% had taken care of patients for 4-10 years; 16% of the family caregivers also took care of other patients in the house; 6% were the patient's mothers and care duration was 41-50 years; 60% of the family caregivers received help from other family members and other sources of benefits. The persons giving the most help to the family caregivers were spouses (34%).

Section 2 – Mutuality, Predictability and Role Strain Data

2.1 Mutuality between Older Persons and Family Caregivers

According to the findings, the sample overall mutuality scores were between 23-55 points (total score was 60 points), Mean = 42.18 and SD = 6.61 which can be interpreted as rather low (Skewness = -0.33).

2.2 Caregiving Predictability

According to the findings, overall predictability scores were between 6-22 points (total score was 27 points), Mean = 14.36 and SD = 3.87 which can be interpreted as rather low (Skewness = 0.15).

2.3 Caregiver Role Strain for Caregivers of Older Persons with Parkinson's disease

According to the study of caregiver role strain in caregivers of older persons with Parkinson's disease, among the 5 areas of role strain, namely, worry-related stress, anxiety-related stress, communication problems, role conflict strain, overall stress and direct caregiver role strain, anxiety-related stress was with the

Copyright by Mahidol University

highest mean stress score (Mean = 36.07, SD = 9.25) and role conflict strain was with the lowest mean stress score (Mean = 0.96, S.D. = 0.73).

2.3.1 Caregiver Role Strain

The sample overall caregiver role strain scores were between 0-37 points (total score was 184 points), Mean = 1.26 and SD = 3.98. Thus, the sample group's role strain in terms of caregiver role strain can be interpreted as rather low (Skewness = 2.76).

2.3.2 Worry-related strain

The sample overall worry-related strain scores were between 11-61 points (total score was 64 points), Mean = 36.07 and SD = 9.25. Hence, the sample group's role strain in terms of worry-related strain can be interpreted as rather high (Skewness = -0.28).

2.3.3 Strain from Communication Problems

The sample overall stress from communicative problems was between 0-16 points (total score was 44 points), Mean = 7.04 and SD = 4.29. Therefore, the sample group's role strain in terms of stress from communicative problems can be interpreted as rather low (Skewness = 0.26).

2.3.4 Role Conflict Strain

The sample overall stress from role conflict scores were between 0-2.78 points (total score was 56 points), Mean = 0.96 and SD = 0.73. Hence, the sample group's role strain in terms of stress from role conflict stress can be interpreted as rather low (Skewness = 0.41).

2.3.5 Global Strain

The sample global strain scores were between 0-16 points (total score = 16 points), Mean = 6.32 and SD = 4.00. Thus, the sample group's role strain in terms of global strain scores can be interpreted as rather low (Skewness = 0.31).

Copyright by Mahidol University

Section 3 – Data on Correlations between Mutuality, Predictability and Role Strain

The Pearson's correlation analysis results showed mutuality to be correlated with role strain in terms of individual and aggregate perspectives with no statistical significance at .05.

Predictability was negatively correlated to a low degree with stress from communicative problems ($r = -0.24$, $p < .05$) and global strain ($r = -0.23$, $p < .05$) with statistical significance. In addition, predictability was correlated with caregiver role strain, worry-related strain and strain from role conflict strain with no statistical significance at .05.

Discussion of the Findings

Characteristics of Sample

Most of the sample was composed of females (70%) with a mean age of 49.38 years. The aforementioned finding concurred with previous studies which found most family caregivers to be females of adult ages (Nipawan Samartkit, 2008; Pitipon Siritipakon, 2012; Wiparat Nawarat, 2002; Wilaipon Sitharet, 2003). In terms of marital status 63% of the participants were married and living with spouses, 97% were Buddhists, 62% were the patient's children. The aforementioned finding concurred with studies conducted in Thailand which found that family caregivers were mostly family members who were related to the patients, most of them were the patients' children (Knongnit Chaiyawut, 2004, Pitipon Siritipakon, 2012; Surapin Chanapit, 2009; Aree Sangrassamee, 2004). However, the aforementioned findings disagreed with studies conducted abroad (Carter et al., 2010; Lawrence et al., 2011; Lyons et al., 2009; Tanji, 2008) which found family caregivers to more frequently be the patients' spouses. The aforementioned finding might be explained in that most Thai families are extended families, despite the fact that Bangkok is the nation's capital. Thai culture and Buddhist beliefs stipulate that children care for parents as repayment of gratitude and the action will make the children successful in their lives because they have fulfilled their duties toward their parents (Siripan Sasat, 2008).

Copyright by Mahidol University

Education - In the present research, most of the family caregivers' were found to have graduated with bachelor's degrees (51%) and diplomas (21%), possibly because the present study was conducted in Bangkok metropolitan areas, which is the nation's capital. Thus, the sample group has access to more educational opportunities and support. The findings disagreed with the study of Wallapa Songwattanayut (2002) which was conducted to explore the factors influencing the caregiving behaviors of family caregivers' caring for patients with cerebrovascular disease (stroke) in Nakhon Pathom and Ratchaburi Hospitals, finding that most of the sample group had primary school educational attainments.

Problem with Expenses – 39% of the family caregivers had sufficient income to cover expenses, but insufficient income for savings while 33% had sufficient income with savings (33%). Although most family caregivers had incomes lower than 20,000 baht/month (37%), they were entitled to medical coverage from their own or their children's entitlements and received help from other family members and other sources of benefits (60%). Thus, the subjects were assessed to have few problems with expenses.

In addition, the findings discovered that 50% of the family caregivers had to spend 17-24 hours a day with the patients, 68% had care durations of over 4 years, 77% had no previous experience in caring for other patients, possibly due to the fact that the patients' disease progression was at Stages 3 and 4 (64%) and the patients had both physical and mental complications (over 50%) with co-morbidities (51%). Consequently, the patients required care. Furthermore, Parkinson's disease is a disease with progress over 15 years (Halliday G.M. & McCann H., 2010). When family caregivers' health conditions are considered, most family caregivers are found to be in good health and without chronic disease (62%). This disagreed with previous research which found approximately half of family caregivers to be ill, one third of family caregivers to develop stress and feel under pressure, and one-fourth of caregivers, especially those who had had to care for patients for over 10 years, developed insomnia, and 60% of family caregivers caring for older persons for over 5 years developed stress (Roland, Jenkins & Johnson, 2010).

Copyright by Mahidol University

Mutuality between Older Persons and Family Caregivers

The findings of the study revealed that, overall mutuality scores were between 23-55 points (total score was 60 points), Mean = 42.18 and SD = 6.61. The sample group's mutuality was rather high (Skewness = -0.33). In other words, most family caregivers were positively related to older persons with Parkinson's disease. The relationship was a result of love, intimacy, trust, gentleness and caregiving satisfaction. This concurred with previous studies conducted in 100 family caregivers who cared for cerebrovascular (stroke) patients which found mutuality between the family caregivers and the patients to be high (Mean = 32.07, SD = 10.20, Skewness = -0.147) (Wanlapa Songwattanayut, 2002). Moreover, the study of Nipawan Samartkit (2008) conducted in 291 family caregivers of patients with brain trauma revealed mutuality between 64.25% of the family caregivers and the patients to be high.

The analysis results revealed mutuality scores to be rather high, possibly due to the fact that most of the family caregivers were females (70%). Furthermore, in the Thai social context, women are expected to care for family members. Therefore, the family caregivers took care of the patients willingly, with mutual respect, assistance and support, especially during illness in the family (Siripan Sasat, 2008). The aforementioned finding concurred with the study of Lek Sombat (2006) which was conducted to examine the family burdens of caring for older persons in 2006 and found family members with caregiver roles involved in caring for older persons to be mostly females who tended to have good relationships with the patients. The aforementioned finding also concurred with the study of Lyons et al., (2009) which found female family caregivers to have higher mutuality score than male family caregivers with statistical significance at .001.

Caregiving Predictability

According to the findings, predictability scores were between 6-22 points (Mean = 14.36 and SD = 3.87, Skewness = 0.15). The sample group's predictability was rather low, meaning that most family caregivers were unable to predict the care or control the situations occurring with patients. The findings were not consistent with a previous study conducted in 100 family caregivers of patients with cerebrovascular

Copyright by Mahidol University

disease (stroke) finding family caregiver predictability to be high (Mean = 14.71, SD = 3.77, Skewness = -0.622) (Wanlapa Songwattanayut, 2002).

The aforementioned findings might be attributed to the fact that most of the family caregivers in the present study were adults (76%), married and living with spouses (63%), with monthly family incomes of less than 20,000 baht (37%) and no previous experience in taking care of other patients (77%). The abovementioned finding might be explained in that most family caregivers are required to assume multiple roles at the same time, namely, spousal roles, income earning roles and caregiver roles. Constricting economic burden leave caregivers little time to care for the patients and the caregivers had no previous experience in caregiving. Thus, the caregivers were unable to predict and control situations occurring with patients. In the present study the progression of most Parkinson's disease patients appeared to be in the middle to the end stages (64%), meaning that most of the patients were disabled because physical function had begun to be limited, illness symptoms had became more apparent and complications or symptom changes were likely to occur anytime. The aforementioned finding concurred with the study of Carter, Archbold & Stewart (2002) which found symptoms to be dynamic in the final stages of disease. The side effects from medication interrupted routine caring activities, thereby making the situation more complicated. Time taken could change from minutes to hours or may not be determined. Thus, the family caregivers felt a loss of normal control of caring activities and could not predict or control situations occurring with patients.

Role Strain for Family Caregivers of Parkinson's Disease Patients

1. Caregiver Role Strain Due to Direct Caregiving

The research found the sample caregiver role strain scores to be between 0-37 points (Mean = 1.26, SD = 3.98 and skewness = 2.76). The aforementioned finding can be interpreted in that the sample group's caregiver role strain was rather low, meaning most family caregivers did not develop stress from caring activities. The aforementioned finding differed from the findings of a previous study conducted in 100 family caregivers of patients with cerebrovascular disease finding family

Copyright by Mahidol University

caregivers to develop high levels of stress from direct care activities (Mean = 82.82, SD = 28.90, Skewness = 2.10) (Wanlapa Songwattanayut, 2002). The aforementioned finding might be explained in older persons with Parkinson's disease, most with stage of the disease in the early to mid-range is within the disease Phase 1, Phase 2 and Phase 3 was 86 percent of patients with progression in early to mid-range of diseases will continue to help themselves. Disability is found also in mild to moderate only. Caregivers are providing care to patients only partially. While most caregivers can get help from family members and other useful resources to care of patients, this accounted for 60 percent, thereby reducing the burden of care. Such factors may cause caregivers not to feel the stress of the care activities

2. Caregiver Role Strain due to Worry-Related Strain

The sample anxiety-related stress scores were between 11-61 points (Mean = 36.07, SD = 9.25 and skewness = -0.28) This meant that the sample group's role strain in terms of anxiety-related stress was rather high and most family caregivers developed stress from concerns for patients' health, living and safety. The aforementioned finding might be explained in that most family caregivers in the present study had no previous experience in taking care of patients (77%). Moreover, caring experience, knowledge and understanding about the illness were found to be very important in providing care for Parkinson's disease patients because older persons with the disease tend to develop movement disorder problems and can hardly help themselves. Understanding the disease or having previous experience will be beneficial in caring for patients while reducing caregiver role strain (Roongroj Bhidayasiri, Kamman Pantumjinda and Sijittra Bunnak, 2007). Thus, not having previous experience could cause family caregivers to develop role strain, especially in terms of anxiety-related stress because this type of stress is caused by concern about the patient's health, daily living and safety.

3. Caregiver Role Strain due to Communication Problems

Copyright by Mahidol University

The sample stress scores from communicative problems was between 0-16 points (Mean = 7.04, SD = 4.29 and skewness = 0.26) The aforementioned finding can be explained in that the sample group's role strain concerning stress from

communication problems was rather low and the family caregivers did not develop stress from the patient's problems with hearing, speech and dementia. The aforementioned finding might be explained in that most of the family caregivers (82%) did not sense difficulty due to the patient's hearing problems; 50% of the family caregivers did not feel it was difficult to care for patients with speech difficulty and 61% did not feel it was difficult to care for patients with memory impairment. In addition, 37% of the family caregivers had to take care of the patients for 4-10 years and 31% had had to care for the patients for over 10 years. The long caregiving duration and the absence of feelings of difficulty in caring for patients with communication problems might result in the family caregivers' ability to adjust to communication problems and failure to develop stress from communicative problems.

4. Caregiver Role Strain due to Role Conflict Strain

The sample overall stress from role conflict strain scores were between 0-2.78 points (Mean = 0.96, SD = 0.73 and skewness = 0.41) The aforementioned finding might be explained in that the sample group's role strain from role conflict stress was rather low and most family caregivers did not develop stress from taking on multiple roles. The aforementioned finding might be explained in that of Thai values in taking caring of older persons is repayment for everything the older persons have done for their children (Siripan Sasat, 2008).

In addition, most family caregivers received help from other family members and other sources of benefits (60%) and thus felt that it was not difficult to maintain the role of caregiver and did not develop caregiver role strain due to role conflict strain.

5. Caregiver Role Strain due to Global Strain

The sample global strain scores were between 0-16 points (Mean = 6.32, SD = 4.00 and skewness = 0.31) The aforementioned finding might be explained in that the sample group's caregiver role strain for overall stress scores was rather low and most family caregivers did not develop stress from caring nor feel pressured by caregiver roles in caring for older persons. The aforementioned finding might be explained by a number of factors. In the present research, most family caregivers were

Copyright by Mahidol University

baby boomers (60%). People of this age are highly patient and responsible. They have long accumulated life experience and know how to think (Thammarat Yuprot, 2003). In addition, 97% of the caregivers were Buddhists. Buddhism teaches about gratitude and sins, thus influencing caregiver roles. Moreover, the fact that 63% of the family caregivers had family monthly incomes of over 20,000 baht prevented them from developing stress due to economic problems. Although Parkinson's disease is incurable, the disease involves a need for consistent medication adherence and the cost of medical care tends to rise. The expense burden tremendously affects the patients and their families with direct expenditures for medication and indirect costs such as travelling expenses and caregiver salaries (Winter Y et al., 2010; Campenhausen S.V, 2011; Neuroscience T, 2009). However, most family caregivers in the present study did not have problems with the costs because 72% of the caregivers had sufficient incomes to cover expenses and savings. Furthermore, 60% of the caregivers received help from other family members and sources of benefits. For these reasons, the caregivers in the present study did not develop global strain in assuming the role of family caregivers for Parkinson's disease patients.

Correlation among the Variables Studied

The correlations among the variables can be explained as follows:

1. Hypothesis 1 - Mutuality is negatively correlated with the caregiver role strain of family caregivers of older persons with Parkinson's disease.

The findings of the analysis revealed mutuality to be correlated with the caregiver role strain of family caregivers of older persons with Parkinson's disease in terms of individual and aggregate aspects and with no statistical significance, which was different from the set hypothesis.

In other words, mutuality had no effects on role strain in terms of individual and overall stress. This finding did not concur with previous studies which found mutuality to be negatively correlated with caregiver role stress (Konsan Kaewraya, 1997; Nipawan Samartkit, 2008; Wanlapa Songwattanayut, 2002; Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Lyons, Stewart, Archbold, & Carter, 2009;

Copyright by Mahidol University

Tanji, et al., 2008). However, the finding concurred with the study of Wirojratana (2002) which found mutuality to not be correlated with caregiver role strain with statistical significance at .05. The aforementioned could be caused by a number of factors:

First, the present study revealed family caregiver ages to have a broad range (Min = 19, Max = 84, Mean = 49.38, S.D. = 14.06). Furthermore, family caregivers' characteristics differed with age (Generation Y = 6, Generation X = 34, Baby Boomers = 51, and 9 were born before 1945). Each age group had different characteristics. Generation Y is highly independent, does not like living within a set of rules and do not like conditions. Generation X likes things that are easy and non-official and gives importance to work-life balance. Baby Boomers endure and are devoted to their responsibilities. People born before 1945 have long life experience and stability won through enduring hard work and knowing how to think (Thammarat Yuprot, 2003). According to these findings, age or life development stages influences cognitive processes and living. Although mutuality was high, it could not affect role strain.

Second, the family caregivers' mean age was 70.9 years, which was different from previous studies conducted in family caregivers that were diverse in terms of patient's illness, age and race. In the Thai social context, older persons are respected and age difference is emphasized, as opposed to western society that gives no value to seniority and believes that everyone is equal (Thai Junior Encyclopedia, 2009). The concept of mutuality was developed from culture with equality. Thus, the present study found most family caregivers to range from adolescent to adult ages (78%) and the patients were all older persons. This might have influenced the caregiver role in not developing caregiver role strain. The aforementioned finding concurred with the study of Kespichayawattana (1999) which found family members to have a duty to take care of sick family members and older persons who are family members with the belief that caregiving is not a burden.

In addition, mutuality in Thai people was found to be composed of attachment, giving value to the roles of family members, mutual acceptance and a sense of duty (Wirojratana, 2002). When the family caregivers completed the questionnaires, they might have been less stressful than they really were in actual caregiving situations. For this reason, taking on the role of caregiver when illness occurs in a family is synonymous with being a good family member and undertaking

Copyright by Mahidol University

responsibilities that should be carried out with the respect, love and attachments of family members. Though roles and responsibilities increase, caregiving is offered willingly. Hence, family caregivers might feel less stressful in the role undertaken. Furthermore, if family members take on the role of caregiving as expected, namely, the caregivers developed no difficulty in taking on the role which meant the role expectations and actual role were congruent. Thus, caregivers felt no pressure, difficulty or stress in taking on the caregiver role.

Hypothesis 2 – Predictability is negatively correlated with the caregiver role strain of family caregivers of older persons with Parkinson's disease.

The analysis findings revealed data that both supported and failed to support the set hypothesis.

Predictability was negatively correlated with stress from communicative problems and global strain with statistical significance ($r = -0.24$, $p < .05$, $r = -0.23$, $p < .05$), which supported the set hypothesis.

The research findings supported the set hypothesis which might be explained in that the family caregivers had the ability to predict and control the situations occurring with the patients in terms of communication and global strain. The family caregivers could manage the patients' communicative problems and caregiving situations, thereby resulting in a low degree of caregiver role strain from communicative problems and overall stress. The aforementioned finding might be explained in that most of the family caregivers in the present study had caregiving durations of 17-24 hours per day (50%); 37% of the caregivers had taken care of the patients for 4-10 years and 31% for over 10 years. This long caregiving duration could help the family caregivers to better adapt to communicating with patients with Parkinson's disease who had hearing and speech problems as well as impaired memory; 84% of the family caregivers took care of the patients by themselves at home. The study revealed that the patients' communication problems required understanding between the family caregivers and the patients. The long caregiving duration was one factor helping family caregivers to communicate with the patients effectively (Roongroj Pitayasiri, Kamman Pantumjinda and Sijittra Bunnak, 2007). Since the family caregivers were able

Copyright by Mahidol University

to communicate with the patients as expected, role strain from stress due to communication problems was reduced.

The family caregivers were found to have the ability to predict and control overall situations occurring with the patients. Thus, the caregiver's overall role strain was low. The aforementioned finding concurred with the findings of previous studies revealing predictability as the foundation to helpful caregiving situations for family caregivers, while understanding the caregiving experience helped enhance the caregivers' ability to perform caregiving naturally with no feelings of frustration, even though caregiving situations changed daily. Furthermore, the family caregivers were able to plan and control caregiving situations to reduce role strain (Stewart & Weiner, 2008). Predictability was also found to be capable of reducing stress when older persons are discharged from the hospital (Archbold, Stewart, Miller, Harvath, Greenlick & Buren, 1995). Thus, when the family caregivers were able to predict and control situations as expected, overall role stress was reduced.

In addition, the findings of the analysis revealed predictability to be correlated with caregiver role strain, worry-related strain and role conflict stress with no statistical significance at .05, which did not support the set hypothesis. In other words, the family caregivers were unable to predict and control direct caregiving, anxiety and caregiver role strain from role conflict stress.

Predictability had no effect on caregiver role strain which did not concur with previous studies finding predictability to be negatively correlated with caregiver role strain ($r = -.45$, $p < .05$) and fluctuation of anxiety-related stress to be explained by 20.2% (Wanlapa Songwattanayut, 2002). The aforementioned finding might be explained in that older persons with Parkinson's disease were mostly in the early or middle stages at Stages 1, 2 and 3 (86%). Thus, they remained able to help themselves to a certain degree and disabilities were mild to moderate. The aforementioned finding concurred with the study of Wanlapa Songwattanayut (2002) which was conducted in 100 family caregivers of patients with cerebrovascular disease (stroke) and found most of the patients' dependency to range from moderate to high (98%), thereby indicating that most of the patients were unable to help themselves and required moderate to high levels of help from family caregivers in performing the activities of daily living in the house and to perform daily routines on a daily basis in

Copyright by Mahidol University

the community. Although the family caregivers were able to predict and control the situations occurring with the patients, the ability did not affect caregiver role strain.

Predictability had no effects on role strain in terms of anxiety-related stress. This did not concur with previous studies which found predictability to be negatively correlated with anxiety-related stress ($r = -.19$, $p < .05$) (Wirojratana, 2002) and predictability had no effects on stress from role conflict stress. This concurred with previous studies finding predictability to be correlated with stress from role conflict stress with no statistical significance at .05 (Inoue, 1997; Wirojratana, 2002), possibly because 60% of the family caregivers received help from family members and other sources of benefits, meaning they received support from both family members and sources of benefits outside the family. Social support has been found to play a key role in building understanding of the caregiving situations between the family caregivers and care recipients (Ford et al., 2006). The aforementioned finding concurred with the study of Marziali, Donahue & Crossin (2005) that found receiving social support to be capable of reducing caregiver role strain and playing a key role in Parkinson's disease patients' symptom management (Schreurs, Ridder & Bensing, 2007). Despite the family caregiver roles and anxiety-Related stress in the patient's health and living with the possibility of assuming multiple roles, social support prevented the caregivers from feeling pressure or difficulty and caregiver role strain was not affected.

Limitations

This research was conducted only in tertiary hospitals, namely, Chulalongkorn University and the Prasat Neurological Institute. In addition, no patients with illness progression to Stage 5, the final stage, were encountered. This research was a cross-sectional study which might not completely make caregiver role strain apparent. Thus, there could be limitations in using the findings to explain occurrences with the family caregivers of patients with Parkinson's disease in other contexts.

Copyright by Mahidol University

Recommendations and Implementation of the Findings

Nursing Practice

According to the findings, predictability was negatively correlated with caregiver role strain due to communication problems and overall stress. The aforementioned findings supported the concept of Family Care Model of Archbold and Stewart (1989) which states that good predictability can reduce caregiver role strain due to communication problems and overall stress. Thus, nurses should apply the findings as follows:

1. Nurses should be aware of the significance of caregiver role strain from communication problems such as speech difficulty, impaired hearing and dementia. Suitable instruments should be used with every caregiver with potential risks. Furthermore, when the caregiver is found to develop role strain, corrective guidelines should be sought in line with nursing practice. Cooperative efforts with multidisciplinary teams, especially attending physicians and speech pathologists, should be made to ensure that caregiving planning is properly and thoroughly covered. Once communicative problems are solved and the patient's communication improves, the caregiver will be able to predict caregiving situations and caregiver role strain can be reduced.

2. Family caregivers' caregiving predictability should be assessed. In the present study, the sample group's predictability was found to be low. Thus, nurses should plan nursing care to help improve the family caregivers' readiness, for example, by instructing family caregivers, offering advice during hospitalization and over the phone, organizing group activities to enable family caregivers to better predict or control caregiving situations and reduce overall caregiver role strain.

Nursing Research

1. Additional and longitudinal studies should be conducted in the sample group to cover every stage of disease progression to improve understanding and ability to offer assistance and better meet the needs of family caregivers of older persons with Parkinson's disease.

Copyright by Mahidol University

2. Comparative studies should be conducted on caregiver role strain for each stage of disease progression as a caregiving guideline for family caregivers in meeting the needs and expectations of both patients and family caregivers at every stage of disease progression.

3. Comparative studies should be conducted on caregiver role strain in order to compare motor symptoms and non-motor symptoms of Parkinson’s disease.

4. Comparative studies should be conducted on caregiver role strain of patients with Parkinson’s disease and other chronic illness to achieve understanding and guide the group to care for family caregivers of patients with similar chronic illness.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

คมสัน แก้วระยะ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คนองนิช ไชยวุฒิ. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชโลม วิเศษโกสิน. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 14*(3), 238-247.

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4*(1), 62-75.

ธรรมรัตน์ อยู่พรต. (2556). ค่านิยมในการทำงานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของเจนเนอเรชั่นต่างๆ. *วารสารบริหารธุรกิจ, 138*, 41- 62.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

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

ปณิตา ลิมปะวัฒนะ. (2552). การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินและการทรงตัว. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 8*(1), 18-31.

ปาริชาติ โรจน์พลากร-กู๊ซ และ ยุวดี ฦาชา. (2556). *สถิติ สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล : การใช้โปรแกรม SPSS for Windows*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร: หจก. วีเจพริ้นติ้ง.

Copyright by Mahidol University

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

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

เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานวิจัย โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วัลภา ส่งวัฒนายุทธ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). *ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ: การประเมินและบันทึกการพยาบาลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.

วิไลพร ศรีธเรศ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่ม 22. การนับญาติและการขยายการนับญาติในสังคมไทย[Online]. แหล่งที่มา http://kanchanapisek.or.th/Kpb/sub/book/book.php?book=22&chap=7&page=chap7.htm: [26 มกราคม 2557].

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้สูงอายุในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

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

Copyright by Mahidol University

อัครวุฒิ วิริยเวชกุล. (2551). ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน. *วารสารกรมการแพทย์, 33*(1), 53.

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

Amelio, M. D., Terruso, V., Palmeri, B., Benedetto, N. D., Famoso, G., Coltone, P., et al. (2009). Predictors of caregiver burden in partners of patients with Parkinson's disease. *Neurol Sci, 30*, 171-174.

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

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Buren, L. V., et al. (1995). The PREP System of Nursing Intervention: A Pilot Test with Families Caring for Older Members. *Research in Nursing & Health, 18*, 3-16.

Carter, J. H., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Inoue, I., Jaglin, J. Lannon, M., et al. (1998). Living With a Person Who Has Parkinson's Disease: The Spouse' s Perspective by Stage of Disease. *Movement Disorders, 13*(1), 20-28.

Carter, J. H., Archbold, P. G. & Stewart, B. J. (2002). *Parkinson's Disease Diagnosis and Clinical Management: The Caregiving Situation.* New York: Demos Medical Publishing.

Carter, J. H., Stewart, B. J., Lyons, K. S., & Archbold, P. G. (2008). Do Motor and Nonmotor Symptoms in PD Patients Predict Caregiver Strain and Depression?. *Movement Disorders, 23* (9), 1211-1216.

Carter, J. H., Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Scobee, R. (2010). Does Age Make a Difference in Caregiver Strain? Comparison of Young Versus Older Caregivers in Early-Stage Parkinson's Disease. *Movement Disorders, 25*(6), 724-730.

Cutson, T. M., Zub, C. W., Wbetten, K., & Schenkman, M. (2004). Observations of Spouse-Patient Couples with Parkinson Disease. *Journal of Neurological Physical Therapy, 28* (3), 122-128.

Copyright by Mahidol University

Dissanayaka, N. N. W., Sellbach, A., Matheson, S., Sullivan, J. D. O., Silburn, P. A., Byme, G. J., et al. (2010). Anxiety disorders in Parkinson's disease: Prevalence and risk factor. *Movement Disorder, 25*(7), 838-845.

Factor, S. A., & Weiner, W. J. (2008). *PAKINSON'S DISEASE diagnosis and clinical manadement*. United States of America: Demos Medical Publishing.

Ford, M., Kallen, M., Richardson, P., Matthiesen, E., Cox, V., Teng, E., et al. (2006). Effect of social support on infermed consent in older adults with Parkinson disease and their caregivers., *J Med Ethics, 34*,41-47.

Halliday, G.M., McCann, H. (2010). The progression of pathology in Parkinson's disease. *Ann. N.Y. Aced. Sci.*, 188 – 95.

Han, M., Ohnishi, H., Nonaka, M., Yamauchi, R., Hozuki, T., Hayashi, T. (2011). Relationship between dysphagia and depressive states in patients with Pakinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders, 17*, 437-439.

Hanagasi, H. A., Akat, S., Gurvit, H., Yazici, J., Emre, M. (2011). Pain is common in Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 113*, 11-13.

Havlikova, E., Dijk, J. P. V., Rosenberger, J., Nagyova, I., Middel, B., Dubayova, T., et al. (2008). Fatigue in Parkinson's disease is not related to excessive Sleepiness or quality of sleep. *Journal of the Neurological Sciences, 270*, 107-113.

Henson, R. H. (1997). *Analysis of the Concept of Mutuality*. Journal of Nursing Scholarship, 29 (1), 77-81.

Inoue, I. (1997). *Development of the Japanese Family Caregiving Inventory*. Doctor of Philosophy, Oregon Health & Sciences University School of Nursing.

Jost, W. H. (2010). Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's Disease. *Journal of the Neurological Sciences, 289*, 69-73.

Kespichayawattana, J. (1997). *"katanyu katavedi" and caregiving for frail elderly parents: the perspectives of Thai Families in Metropolitan Bangkok*. Doctor of Philosophy, Oregon Health & Sciences University School of Nursing.

Lauretani, F., Maggio, M., Silvestrini, C., Nardelli, A., Saccavini, M., & Ceda, G.P. (2012).

Parkinson's disease (PD) in the elderly: An example of geriatric Syndrome (GS)?. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*, 242-246.

Copyright by Mahidol University

Leentjens, A. F. G., Dujardin, K., Marsh, L., Martinez-Martin, P., Richard, I. H., Starkstein, S. E. et al. (2008). Anxiety rating scales in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Movement Disorders, 23*(14), 2015-2025.

Lokk, J. (2007). Caregiver strain in Parkinson's disease and the impact of disease durations. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 44*(1), 39-45.

Lyons, K. S., Sayer, A. G., Archbold, P. G., Hornbrook, M. C., & Stewart, B. J. (2007). The Enduring and Contextual Effects of Physical Health and Depression on Care-Dyad Mutuality. *Research in Nursing & Health, 30*, 84-98.

Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Carter, J. H. (2009). Optimism, Pessimism, Mutuality, and Gender: Predicing 10 – Year Role Strain in Parkinson's Disease Spouses. *The Gerontologist, 49*(3), 378-387.

Lueckenotte, A. G. (1996). *Gerontological Nursing*. New York, Mosby.

Martinez – Martin, P., Forjaz, M. J., Frades – Payo, B., Rusinol, A. B., Fernandez – Garcia, J. M., Benito – Leon, J., et al. (2007). Caregiver Burden in Parkinson's Disease. *Movement Disorders, 22*(7), 924-931.

Marziali, E., Donahue, P., Crossin, G.. (2005). Caring for Others: Internet Health Care Support Interventions for Family Caregivers of Persons With Dementia, Stroke, or Parkinson's Disease. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 86*(3), 375 – 383.

Michigan State University. (2004). *Caregiver Role Strain*. USA: Michigan State University Board of Trustees.

Meyer, M., Derr, P., Imke, S. (2007). *The Comfort of Home For Parkinson Disease: A Guide for Caregivers*. Portland Oregon, Care Trust Publications LLC.

Park, E. O.,& Schumacher, K. L. (2013). The state of the science of mutuality caregiver-care receiver mutuality: a systematic review. *Nursing Inquiry 2013*, 1-13.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An up dated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 61B*, 33-45.

Copyright by Mahidol University

Rabey, J. M. (2009). Hallucinations and psychosis in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders, 15*, 105-110.

Rajput, A. & Rajput, A. H. (2007). *Old age and Parkinon's disease*. Canada: Elsevier B.V. All rights reserved.

Roland, K. P., Jenkins, M. E., & Johnson, A. M. (2010). An Exploration of the Burden Experienced by Spousal Caregivers of Individuals with Parkinson's Disease. *Movement Disorder, 25*(2), 189-193.

Scharlach, A., Li, W.,& Dalvi, T. B. (2006). Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. *Family Relations, 55*(5), 625-635.

Schrag, A. (2006). Quality of life and depression in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences, 248*, 151-157.

Schreurs, K., De Ridder, D., Bensing, J.. (2007). A one year study of coping, social support and quality of life in parkinson's disease. *J Med Ethics, 34*(1), 109 – 121.

Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and Preparedness Moderate the Effects of Caregiving Demand on cancer Family Caregiver Outcomes. *Nursing Research, 56*(6), 425-433.

Shim, B., Landerman, L. R., & Davis, L. L. (2011). Correlates of care relationship mutuality among carers of people with Alzheimer's and Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing*, *1*, 1729-1738.

Shyu, Y. L., Yang, C., Huang, C., Kuo, H., Chen, S. & Hsu, W. (2010). Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. *The Journal of Nursing Research: JNR, 18*, 155-163.

Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Editors). (2003). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Stewart, A., Weiner, W.. (2008). *PARKINSON'S DISEASE Diagnosis and Clinical Management*. USA: Demos Medical Publishing.

Tanji, H., Anderson, K. E., Gruber – Baldini, A. L., Fishman, P. S., Reich, S. G.,Weiner, W. J., et al. (2008). Mutuality of the Marital Relationship in Parkinson's Disease. *Movement Disorder*, *23*(13), 1843-1849.

Vernon, G. M. (2009). Parkinson's Disease and the Nurse Practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners,* 195-206.

Copyright by Mahidol University

Weintraub, D., Comella, C. L., & Horn, S. (2008). Parkinson's Disease Part 1: Pathophysiology, Symptoms, Burden, Diagnosis, and Assessment. *Am J Manag Care, 14*, 40-48.

Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory*. Doctor of Philosophy, Oregon Health & Science University School of Nursing.

Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist, 40*, 147-164.

Ziemssen, T.& Reichmann, H. (2007). Non – motor dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders, 13*, 323-332.144

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
   รองคณบดี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล
   พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการระดับ 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Copyright by Mahidol University

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๐๖๙๖
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขอเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ซึ่ง นางฉัตรกมล ประจวบลาภ ได้สร้างขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๖๘๙
วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญ รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖

Copyright by Mahidol University



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๐๖๙๖
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขอเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ซึ่ง นางฉัตรกมล ประจวบลาภ ได้สร้างขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๖๖๗๑
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๖๙๙
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขอเรียนเชิญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ซึ่ง นางฉัตรกมล ประจวบลาภ ได้สร้างขึ้นด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๒๘๗
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้นักศึกษาได้ใช้แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล, แบบสอบถามวัดความสามารถในการทำนายการดูแล และ แบบสอบถามวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นเครื่องมือในการวิจัย และเพื่อให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้นักศึกษานำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๒๐๑๖

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล
3. แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล
4. แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล
   4.1 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง
   4.2 แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง
   4.3 แบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร
   4.4 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง
   4.5 แบบสอบถามความเครียดโดยรวม

Copyright by Mahidol University

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ลำดับที่ ☐☐☐

วันที่☐☐ / ☐☐ / ☐☐

เอกสารหมายเลข 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ญาติผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุสูงอายุโรคพาร์กินสัน

1. อายุ …….. ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
   (3) หม้าย (4) หย่า หรือ แยกกันอยู่
4. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์
   (3) อิสลาม (4) อื่นๆ ระบุ……
5. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
   (2) ประถมศึกษา
   (3) มัธยมศึกษา
   (4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ / อนุปริญญา / อาชีวศึกษา
   (5) ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี
   (6) อื่นๆ ระบุ……
6. การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาที่ป่วย ……ปี …… เดือน

Copyright by Mahidol University

7. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ด้านร่างกาย

(1) ปัญหาเรื่องการนอน (2) อาการท้องผูก

(3) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (4) เสื่อมสมรรถนะทางเพศ

(5) เหงื่อออกมากกว่าปกติ (6) น้ำลายไหลยืด

(7) อาการปวด (8) อาการเหนื่อย อ่อนล้า

(9) กลืนลำบาก (10) สำลักอาหาร

(11)พูดลำบาก (12) ภาวะหลงลืม

ด้านจิตใจ

(13) วิตกกังวล (14) เสียงแว่ว หรือ เห็นภาพหลอน

(15) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น โกรธง่าย กระวนกระวาย รู้สึกซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา

(16) อื่นๆ ระบุ…….

8. โรคร่วมอื่นๆ (1) ไม่มี (2) มี ระบุ……..

9. ระยะการดำเนินโรค ……..

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

1. อายุ…….. ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่

(3) หม้าย (4) หย่า หรือ แยกกันอยู่

4. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์

(3) อิสลาม (4) อื่นๆ ระบุ……

5. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(2) ประถมศึกษา

(3) มัธยมศึกษา

(4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ / อนุปริญญา / อาชีวศึกษา

(5) ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี

(6) อื่นๆ ระบุ…….

Copyright by Mahidol University

6. รายได้ของครอบครัว …….. บาท / เดือน
   (1) ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (2) เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ
   (3) เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (1) บุตร (2) บิดา/มารดา
   (3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน (4) ปู่ ย่า ตา ยาย
   (5) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน (6) ลุง ป้า น้า อา
   (7) คู่สมรส
8. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ……..ชั่วโมง / วัน นาน ……ปี……..เดือน
9. โรคประจำตัว ……
10. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น (1) ไม่มี (2) มี นาน ……ปี……..เดือน
11. นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแล้ว ขณะนี้ท่านได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน
    (1) ไม่มี (2) มี ระบุ …… นาน ……ปี……..เดือน
12. ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ
    (1) ไม่มี (2) มี ระบุ……

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 2

แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผู้วิจัยต้องการทราบว่า ในปัจจุบันนี้ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุ

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุ	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางครั้ง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านและผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกันในเรื่องต่างๆ มากน้อยเพียงใด					
2	ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยรื้อฟื้นถึงความหลังกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
4	…….					
5	…….					
6	…….					
7	…….					
8	…….					
9	…….					
10	…….					
11	…….					
12	ท่านปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
13	ผู้สูงอายุให้กำลังใจและเห็นใจท่าน มากน้อยเพียงใด					
14	ท่านมีความสุขที่มีเวลาอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
15	ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน มากน้อยเพียงใด					

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 3

แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล

ผู้วิจัยต้องการทราบถึงชีวิตประจำวัน และ ความสามารถในการคาดการณ์ของท่าน

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านสามารถคาดการณ์ถึงความต้องการของผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด ไม่สามารถคาดการณ์ได้เลย……...0 คาดการณ์ได้บ้างเล็กน้อย……...1 คาดการณ์ได้ปานกลาง……..2 คาดการณ์ได้มาก……...3 คาดการณ์ได้มากที่สุด……4	4. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของท่านได้ตามแผนที่วางไว้ ไม่เคยเลย……...0 นานๆ ครั้ง……1 บางครั้ง……..2 ค่อนข้างบ่อย……3 เป็นประจำ……4
2. …….	5. …….
3. …….....	6. ……

7. เมื่อท่านคิดถึงสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมท่านคิดว่า …..
ท่านอยากให้สามารถคาดการณ์ได้มากกว่านี้……..……1
ท่านชอบความสามารถคาดการณ์ของท่านในขณะนี้……..…2
สิ่งต่างๆสามารถคาดการณ์ได้อย่างง่ายดายและเป็นกิจวัตรและ
อยากให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันได้มากกว่านี้……..…… .3

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.1 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง

ผู้วิจัยต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลบางท่านอาจไม่มีปัญหา แต่บางท่านมีความยากลำบากในการดูแลทั้งด้านร่างกาย และอารมณ์ ข้อคำถามข้างล่างนี้จะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือที่ท่านให้กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยต้องการทราบว่าท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุใน สิ่งเหล่านี้หรือไม่

ในแต่ละข้อคำถาม ขอให้ตอบ **ไม่** ถ้าท่านไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งนั้น หรือ ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเหล่านั้นเลย

ขอให้ตอบ **ใช่** ถ้าท่านได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งนั้น และ กรุณาบอกถึงความยากลำบากในการช่วยเหลือ โดยผู้วิจัย มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ

4	หมายถึง	ยากมากที่สุด
3	หมายถึง	ยากมาก
2	หมายถึง	ยากปานกลาง
1	หมายถึง	ไม่ค่อยยาก
0	หมายถึง	ไม่ยากเลย

โดยให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

ข้อ	ท่านได้ช่วยผู้สูงอายุทำสิ่งดังต่อไปนี้....	ไม่	ใช่	ถ้า **ใช่**, ท่านมีความยากลำบากในการทำสิ่งดังต่อไปนี้มากน้อยเพียงไร				
				ยากมากที่สุด	ยากมาก	ยากปานกลาง	ไม่ค่อยยาก	ไม่ยากเลย
1	ท่านช่วยผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารหรือไม่	ไม่	ใช่					
2	ท่านช่วยผู้สูงอายุแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟัน/ฟันปลอมหรือไม่	ไม่	ใช่					
3	ท่านอุ้มหรือช่วยพยุงผู้สูงอายุจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น ช่วยอุ้มหรือพยุงผู้สูงอายุจากเตียงลงนั่งเก้าอี้หรือไม่	ไม่	ใช่					
4	.....	ไม่	ใช่					
5	.....	ไม่	ใช่					
6	.....	ไม่	ใช่					
45	ท่านปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น จัดสถานที่เฉพาะให้ ติดตั้งราวไม้หรือปรับเปลี่ยนห้องน้ำหรือไม่	ไม่	ใช่					
46	ท่านช่วยผู้สูงอายุในการทำบุญ เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร, เชิญบาทหลวง, พระอิสลาม, มาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่บ้านหรือไม่	ไม่	ใช่					

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.2 แบบสอบถามความเครียดจากความเป็นห่วง

ผู้วิจัยต้องการทราบว่าท่านกังวลใจเกี่ยวกับข้อคำถามเหล่านี้มากน้อยเพียงใด

โดยให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ท่านมีความเป็นห่วงเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	น้อยครั้ง	บ้างบางครั้ง	มาก	มากที่สุด
1	สุขภาพของผู้สูงอายุ					
2	การได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอในสิ่งที่ท่านไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้					
3	อารมณ์ หรือสภาวะจิตใจผู้สูงอายุ					
4	……..					
5	……..					
6	…….					
7	……..					
13	การช่วยเหลือ หรือ คำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลนั้นเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ					
14	ความปลอดภัยเมื่อผู้สูงอายุใช้ของมีคม เช่น มีด หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ					
15	การที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลคนอื่นในครอบครัว					
16	ผู้สูงอายุจะมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น					

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.3 แบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร

ปัญหา การได้ยิน, การพูด, และความจำ

คำถามต่อไปนี้จะเน้นถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างท่านและ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับ การได้ยิน, การพูด, และความจำ มักจะเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจ หรือ การสื่อสารกับคนอื่นๆ

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการได้ยินมากน้อยเพียงใด ไม่เลย……0 (ไปตอบ ข้อ 2) น้อยครั้ง……1 บางครั้ง……..2 มาก……3 มากที่สุด……...4 } ตอบข้อ 1ก	3.ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านความจำหรือเข้าใจสิ่งที่ท่านพูดมากน้อยเพียงใด ไม่เลย……0 (ไปตอบ ข้อ 4) น้อยครั้ง……1 บางครั้ง……..2 มาก……3 มากที่สุด……...4 } ตอบข้อ 3ก
1ก ปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุทำให้ท่านมีความลำบากในการดูแลมากน้อยเพียงใด ไม่เลย……0 น้อยครั้ง……1 บางครั้ง……..2 มาก……3 มากที่สุด……4	3ก ปัญหาเรื่องความจำหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุ ทำให้ท่านมีความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด ไม่เลย……0 น้อยครั้ง……1 บางครั้ง……..2 มาก……3 มากที่สุด……4

Copyright by Mahidol University

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อ	ปัญหาการได้ยิน, การพูด, และความจำ…….	ไม่เลย	น้อยครั้ง	บางครั้ง	มาก	มากที่สุด
5	……..					
6	…….					
7	ทำให้ท่านขาดความอดทนมากน้อยเพียงใด					

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.4 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง

คำถามต่อไปนี้เน้นถึง บทบาทต่างๆของท่าน การที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำบทบาทอื่นๆ **ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด** และกรุณา บอกผู้วิจัย ถ้าท่านไม่มีบทบาทนั้น โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องไม่มีบทบาทนี้

ข้อ	การดูแลผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อความสามารถของท่านในการ...	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มีบทบาทนี้
1	ทำหน้าที่ของภรรยา/สามีที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						
2	ทำหน้าที่ของพ่อหรือแม่ที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						
3	ทำหน้าที่ของลูกสาว/ลูกชายที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						
10	…….						
11	…….						
12	…….						
13	ทำสิ่งดีๆ ให้กับตัวเอง เช่น การดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด						
14	ความรับผิดชอบอื่นๆที่ท่านมีอยู่มีผลรบกวนการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามที่ท่านคิดว่าควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด						

Copyright by Mahidol University

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

4.5 แบบสอบถามความเครียดโดยรวม

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. จากการพูดคุย กับผู้ดูแลบางคนเราทราบว่าผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดอิสระ ในขณะที่บางคนไม่รู้สึกเช่นนั้น สำหรับตัวท่านเอง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดอิสระ มากน้อยเพียงใด ไม่รู้สึกเลยว่าขาดอิสระ……..0 รู้สึกบ้างเล็กน้อย……1 รู้สึกขาดอิสระปานกลาง……2 รู้สึกขาดอิสระค่อนข้างมาก……...3 รู้สึกขาดอิสระมากที่สุด……4	2. …… ……. **……..** **……..** **……..**
3…… **……..** **……..** **……..**	4.ในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับผลดีและผลเสียอย่างไร มีผลดีมากกว่าผลเสียอย่างมาก……..4 ค่อนข้างไปทางด้านผลดีมากกว่าผลเสีย……3 มีผลดีและผลเสียเท่ากัน……..….2 ค่อนไปทางมีผลเสียมากกว่าผลดี……..1 มีผลเสียมากกว่าผลดีมาก……..0

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐๒-๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑-๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/ ๐๑๕๓๓
วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล และแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "DEVELOPMENT OF THE THAI FAMILY CARE INVENTORY" โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ The degree of Doctor of Philosophy A Dissertation Presented to Oregon Health & Science University School of Nursing 2002 เพื่อใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย ขอบพระคุณยิ่ง

ฟองคำ ติลกสกุลชัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ ติลกสกุลชัย)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ผศ.ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 3

38.09

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ

ชื่อผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี
อาจารย์ นพ.อัครวุฒิ วิริยเวชกุล

สถานที่วิจัย ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คลินิกโรคพาร์กินสัน และคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
1873 ถนนพระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์: 08-6357-3877

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย กันยายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน และเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร และสามารถอ่านและเขียนหนังสือไทยได้ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านไม่มีการบังคับ

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในคลินิกนั้น มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยแทนญาติผู้ดูแล และเป็นผู้แจ้งแก่ญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์

Copyright by Mahidol University

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS. 2013/38.0207
วันที่รับรอง 12 A.D. 2557

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 3

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 106 คน โดยเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในครั้งเดียว ดังนั้นในครั้งนี้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด จำนวนรวมทั้งสิ้น 133 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามความสามารถในการทำนายการดูแล จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย ความเครียดจากการดูแลโดยตรง จำนวน 46 ข้อ ความเครียดจากการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง จำนวน 14 ข้อ ความเครียดจากความเป็นห่วง จำนวน 16 ข้อ และความเครียดโดยรวม จำนวน 7 ข้อ ใช้เวลา1 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้ท่านทำแบบสอบถาม เพราะฉะนั้นจึงมีความเสี่ยงต่ำ แต่อาจจะส่งผลให้ท่านต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูล ซึ่งหากว่าท่านรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดใจ ขณะที่ตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ท่านสามารถหยุดพักและพูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้วิจัยได้จนกว่าท่านจะสบายใจขึ้น หรือหากท่านมีอาการอ่อนเพลีย ท่านสามารถพักได้ และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือ การตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หรืออาจจะไม่ตอบข้อคำถามหรือการสัมภาษณ์ใดก็ได้ที่รู้สึกว่าไม่อยากให้ข้อมูล หรือระหว่างเก็บข้อมูลถ้าท่านมีอาการความผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือมีความเครียด ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัก และประเมินการหายใจ จับชีพจร และวัดความดันโลหิต ถ้าพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการดีขึ้นและสมัครใจจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยอาการไม่ดีขึ้นจะยุติการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ และผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลผู้ดูแลทราบทันทีเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาต่อไป ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเปลี่ยนใจไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยได้ทันที และจะยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางฉัตรกมล ประจวบลาภ ที่อยู่ 1873 ถนนพระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 08-6357-3877 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ อาจจะมิได้เกิดขึ้นกับท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลร่วมกับผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลดำรงบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน

Copyright by Mahidol University

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS 2013/38.0207
วันที่รับรอง 12 ก.ย. พ.ศ. 2556

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 3

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของท่านอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม.10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่าน สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

Copyright by Mahidol University

รับรองโดยคณะกรรมการจ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ชื่อโครงการ IRB-NS 213/58.0
วันที่รับรอง ... ส.ค. ...

ภาคผนวก จ

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 4

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาล
วันที่ 8 มี.ค. 2556
38.020

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปีอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ นางฉัตรกมล ประจวบลาภ โทรศัพท์ติดต่อ 08-6357-3877 ได้ 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรือลดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

Copyright by Mahidol University

รับรองโดยคณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS. 1013/38.C207
วันที่รับรอง..... มี.ค. 2556

IRB-NS แบบฟอร์มหมายเลข 4

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(นางฉัตรกมล ประจวบลาภ)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....
(.....)

Copyright by Mahidol University

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ IRB-NS 2013/38.0207
วันที่รับรอง .....

ภาคผนวก ฉ

COA No. IRB-NS2013/188.2208

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project:	**THE RELATIONS BETWEEN MUTUALITY, PREDICTABILITY AND CAREGIVER ROLE STRAIN IN OLDER PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE**
Project Number:	**IRB-NS2013/38.0207**
Principle Investigator:	**Mrs. Chatkamon Prachuablarp**
Name of Institution:	**Faculty of Nursing Mahidol University**
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 9 August 2013 2) Participant Information sheet version date 9 August 2013 3) Consent form version date 9 August 2013 4) Questionnaire version received date 9 August 2013

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: **22 August 2013**

Date of Expiration: **21 August 2014**

Signature of Chair: Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing Fongcum Tilokskulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Copyright by Mahidol University

Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University
2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

เอกสารรับรองการปรับเปลี่ยนโครงการวิจัยเฉพาะส่วน

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

ชื่อโครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางฉัตรกมล ประจวบลาภ

รหัสโครงการ : IRB-NS2013/38.0207

เอกสารที่รับรอง : การปรับเปลี่ยนโครงการวิจัย (Project Amendment)

1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2556
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2556
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2556

การปรับเปลี่ยน

เพิ่มการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย **จากเดิม** "ไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย" **เป็น** "มีค่าตอบแทนเป็นเงินจำนวน 100 บาท/คน" สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะมอบให้เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จสิ้น

ทั้งนี้ ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : 21 ตุลาคม 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม พรศรี ศรีอัษฎาพร วันที่ 21 ตุลาคม 2556

(รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัษฎาพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright© by Mahidol University

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 502 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพรานนก กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500, 1503

เอกสารรับรองการปรับเปลี่ยนโครงการวิจัยเฉพาะส่วน

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

ชื่อโครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางฉัตรกมล ประจวบลาภ

รหัสโครงการ : IRB-NS2013/38.0207

เอกสารที่รับรอง : การปรับเปลี่ยนโครงการวิจัย (Project Amendment)

1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 8 มกราคม 2557
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ 8 มกราคม 2557

การปรับเปลี่ยน

เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล **จากเดิม** "กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย" **เป็น** "กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย"

ทั้งนี้ ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : 24 มกราคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม พรศรี ศรีอัษฎาพร. วันที่ 24 มกราคม 2557

(รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัษฎาพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 502 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพรานนก กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500, 1503

COA No. 603/2013

IRB No. 343/56

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title . The relationships between mutuality, predictability and caregiver role strain in older persons with Parkinson's disease.

Study Code : -

Principal Investigator : Mrs.Chatkamon Prachuablarp

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Mahidol University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Protocol Version 3.0 Date 18 September 2013
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Dated 2 July 2013
3. Information sheet for research participant Version 3.0 Date 18 September 2013
4. Informed Consent Form Version 1.0 dated 2 July 2013
5. Case Record Form of caregivers personal Information and Parkinson's disease patients
6. Questionnaire to measure the relationship between the elderly and compassionate caregivers
7. Queries, the ability to predict the direction
8. Queries stressful Administrator role

Copyright by Mahidol University

9. Principal investigator's CV

Signature:..... Signature:.....

(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS) (Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)

Vice-Chairman, Acting Chairman — Member and Assistant Secretary, Acting

The Institutional Review Board — Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : September 24, 2013

Approval Expire Date : September 23, 2014

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

Copyright by Mahidol University

ที่ จพ.รต. 4086 / 2556

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ยินดีให้นักศึกษาเข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน **คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย**

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0517.02 (ศร) / 1487 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2556

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แจ้งว่า **นางฉัตรกมล ประจวบลาภ** นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์-ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" และในการนี้ ได้ขออนุญาตเข้ามาเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันซึ่งพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธีตอบแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2556 - ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดย กรุณาติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4311 , ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน โทรศัพท์ 02-256-4630 อนึ่ง ก่อนเข้าพบบุคคลดังกล่าวขอให้นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ฝ่ายเลขานุการ ตึกอำนวยการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Copyright by Mahidol University

กลุ่มงานร่างโต้ตอบเอกสาร ฝ่ายเลขานุการ ติดต่อประสานงาน : สุกัญญา
โทรศัพท์ : 0-2256-4312 / โทรสาร : 0-2256-4368



เอกสารเลขที่ 002 /2557

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

เลขที่โครงการ 56045

ผู้วิจัยหลัก นางฉัตรกมล ประจวบลาภ

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา

เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ
1. แบบเสนอโครงการวิจัย (25 กันยายน 2556)
2. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (25 กันยายน 2556)
3. หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (25 กันยายน 2556)
4. แบบบันทึกข้อมูล (25 กันยายน 2556)

วันที่พิจารณาอนุมัติ 15 ตุลาคม 2556

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

Copyright by Mahidol University

รับรองตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2557

ภาคผนวก ช

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๑๔๘๗
วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันซึ่งพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครบวงจร ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๒๓-๑๓๒๑

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๑๔๘๘
วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางฉัตรกมล ประจวบลาภ นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกโรคพาร์กินสัน, คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันประสาทวิทยา โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๒๓-๑๓๒๑

ภาคผนวก ซ

Descriptives

[DataSet6] C:\Users\Administrator\Desktop\วิเคราะห์ข้อมูลวิทยานิพนธ์\parkinson4.sav

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mutuality	100	62	23	85	42.18	7.822
Predictability	100	16	6	22	14.36	3.873
Strain from direct care	100	3.24	.00	3.24	1.1246	.71765
Strain from worry	100	50	11	61	36.07	9.248
Strain from communication problem	100	16	0	16	7.04	4.290
Strain from conflict roles	100	2.78	.00	2.78	.9637	.72913
Global strain	100	16	0	16	6.32	4.005
Valid N (listwise)	100					

NPar Tests

[DataSet6] C:\Users\Administrator\Desktop\วิเคราะห์ข้อมูลวิทยานิพนธ์\parkinson4.sav

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Mutuality	Predictability	direct care	worry
N		100	100	100	100
Normal Parameters[a,b]	Mean	42.58	14.36	1.1246	36.07
	Std. Deviation	7.872	3.873	.71765	9.248
Most Extreme Differences	Absolute	.069	.094	.073	.077
	Positive	.069	.094	.068	.059
	Negative	-.052	-.075	-.073	-.077
Kolmogorov-Smirnov Z		.693	.944	.733	.770
Asymp. Sig. (2-tailed)		.724	.335	.656	.594

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Copyright© by Chulalongkorn University

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (ต่อ)

		communication problem	conflict roles	Global strain
N		100	100	100
Normal Parameters[a,b]	7.04	.9637	6.32	1.1246
	4.290	.72913	4.005	.71765
Most Extreme Differences	.131	.133	.099	.073
	.131	.133	.099	.068
	-.096	-.093	-.068	-.073
Kolmogorov-Smirnov Z		1.307	1.333	.992
Asymp. Sig. (2-tailed)		.066	.057	.279

a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=mdir totwor totcommu meancon totstress totmu totpre
  /STATISTICS=SKEWNESS.
```

Copyright© by Mahidol University

Descriptives

[DataSet1] C:\Users\Administrator\Desktop\วิทยานิพนธ์\วิเคราะห์ข้อมูลวิทยานิพนธ์\parkinson4.sav

Descriptive Statistics

	N	Skewness	
	Statistic	Statistic	Std. Error
Strain from direct care	100	2.760	.241
Strain from worry	100	-.283	.241
Strain from communication problem	100	.257	.241
Strain from conflict roles	100	.411	.241
Global strain	100	.312	.241
Mutuality	100	-.331	.241
Predictability	100	.146	.241
Valid N (listwise)	100		

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=totmu mdir totwor totcommu meancon totstress
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright© by Mahidol University

Correlations

[DataSet6] C:\Users\Administrator\Desktop\วิเคราะห์ข้อมูลวิทยานิพนธ์\parkinson4.sav

Correlations

		Mutuality	direct care	worry	communication problem	conflict roles	Global strain
Mutuality	Pearson Correlation	1	-.059	.160	-.141	-.088	.001
	Sig. (2-tailed)		.560	.112	.162	.382	.994
	N	100	100	100	100	100	100
direct care	Pearson Correlation	-.059	1	.594**	.395**	.419**	.497**
	Sig. (2-tailed)	.560		.000	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100
worry	Pearson Correlation	.160	.594**	1	.252*	.371**	.385**
	Sig. (2-tailed)	.112	.000		.011	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100
communication problem	Pearson Correlation	-.141	.395**	.252*	1	.531**	.567**
	Sig. (2-tailed)	.162	.000	.011		.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100
conflict roles	Pearson Correlation	-.088	.419**	.371**	.531**	1	.730**
	Sig. (2-tailed)	.382	.000	.000	.000		.000
	N	100	100	100	100	100	100
Global strain	Pearson Correlation	.001	.497**	.385**	.567**	.730**	1
	Sig. (2-tailed)	.994	.000	.000	.000	.000	
	N	100	100	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=mdir totwor totcommu meancon totstress totpre
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```


Copyright by Mahidol University

Correlations

[DataSet6] C:\Users\Administrator\Desktop\วิเคราะห์ข้อมูลวิทยานิพนธ์\parkinson4.sav

Correlations

		direct care	worry	communication problem	conflict roles	Global strain	Predictability
direct care	Pearson Correlation	1	.594**	.395**	.419**	.497**	-.165
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.102
	N	100	100	100	100	100	100
worry	Pearson Correlation	.594**	1	.252*	.371**	.385**	-.144
	Sig. (2-tailed)	.000		.011	.000	.000	.154
	N	100	100	100	100	100	100
communication problem	Pearson Correlation	.395**	.252*	1	.531**	.567**	-.241*
	Sig. (2-tailed)	.000	.011		.000	.000	.016
	N	100	100	100	100	100	100
conflict roles	Pearson Correlation	.419**	.371**	.531**	1	.730**	.028
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.785
	N	100	100	100	100	100	100
Global strain	Pearson Correlation	.497**	.385**	.567**	.730**	1	-.226*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.024
	N	100	100	100	100	100	100
Predictability	Pearson Correlation	-.165	-.144	-.241*	.028	-.226*	1
	Sig. (2-tailed)	.102	.154	.016	.785	.024	
	N	100	100	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางฉัตรกมล ประจวบลาภ
วัน เดือน ปีเกิด	13 พฤษภาคม 2528
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2546 – 2550 พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2554 -2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนการศึกษา	ทุนสภากาชาดไทย ทุนสนับสนุนบางส่วนจาก ทุนเฉลิมพระเกียรติ พระชนมายุ ๘๔ พรรษา มหาราชา คณะพยาบาล- ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา ๒๕๕๕
ที่อยู่ปัจจุบัน	108/18 หมู่บ้านครัสเตอร์วิลล์ 3 ถนนราชพฤกษ์ ตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	เดือน เมษายน พ.ศ. 2550 – เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553 พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ติดต่อ	โทร 08-6357-3877 หรือ 08-5259-2594 E-mail : c.klinmalai@gmail.com หรือ chu_chatkamon@hotmail.com

Copyright by Mahidol University