

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ลินจง โพธิบาล D.S.N*

ทศพร คำผลศิริ พย.ด.**

นรัชพร ศติวงศากุล พย.ม.(บริหารการพยาบาล)***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: ศึกษาระดับของความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะของโรค ความเครียด และการเผชิญความเครียด

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงเพื่อหาความสัมพันธ์ของสเปียร์แมนและเพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเครียด และการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า การเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการบรรเทาปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง แต่การจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = -.251, p < .05$) กับการเผชิญหน้าปัญหา ($r = -.352, p < .01$) และ กับการบรรเทาปัญหา ($r = -.270, p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอารมณ์ สำหรับระยะของโรคของผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลและวางแผนเพื่อส่งเสริมให้มีระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(2) 62-75

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ โรคพาร์กินสัน/ ความเครียด/ การเผชิญความเครียด

วันที่ได้รับ 26 ธ.ค. 61 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มีนาคม 62 วันที่รับตีพิมพ์ 1 เม.ย. 62

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: totsaporn.khampolsir@cmu.ac.th

***หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Stress and Stress-Coping Behaviour in Caregivers of Older Adults Having Parkinson's Disease

Linchong Pothiban, D.S.N*

Totsaporn Khampolsiri, Ph.D **

Narachaporn Sasiwongsakul, M.S.N (Nursing Administration)

Abstract

Objective: To study stress levels and stress-coping behaviour of caregivers of older adults having Parkinson's disease (PD), and to examine the relationship between disease stages, stress and coping behaviour.

Design: Cross-sectional descriptive correlational research.

Methodology: This study was conducted on a sample of 100 caregivers of older Parkinson's disease patients treated at the Neurological Clinic of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital between October 2017 and March 2018. All of the recruited caregivers met the inclusion criteria. Data were collected through 3 questionnaires, namely, 1) the Perceived Stress Scale; 2) the Jalowiec Stress-Coping Scale; and 3) the personal information form for PD patients and their caregivers. Analysis of stress levels and stress-coping behaviour was performed using descriptive statistics, Spearman's correlation and Pearson's correlation.

Results: Caregivers of older PD patients displayed moderate levels of stress and stress-coping behaviour. Regarding means of coping with stress, the subjects made moderate use of problem confrontation and problem alleviation methods, and displayed a low level of emotion management. Stress was found to be in negative relationships with overall stress-coping behaviour ($r = -.251, p < .05$), problem confrontation ($r = -.352, p < .01$) and problem alleviation ($r = -.270, p < .05$), but not in any significant relationship with emotion management. Disease stages, on the other hand, were not found to be in any significant relationship with the caregivers' stress and stress-coping behaviour.

Recommendations: It is recommended that healthcare personnel working with older PD patients assess their caregivers' stress and stress-coping behaviour and plan a proper intervention to enable them to manage their stress and develop appropriate stress-coping methods.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(2) 62-75

Keywords: caregivers of older adults; Parkinson's disease; stress; coping behaviour

Received 26 November 2018, Revised 12 March 2019, Accepted 1 April 2019

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Email: totsaporn.khampolsir@cmu.ac.th

*** Head of Stroke Clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทในส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งพบบ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากอัลไซเมอร์ อัตราความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยอุบัติการณ์และความชุกพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹ คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 9 ล้านคน² ในเอเชียมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าอัตราความชุกทุกช่วงอายุพบเป็น 51.3-176.9 คนต่อแสนประชากร อุบัติการณ์พบเป็น 8.7 คนต่อหนึ่งแสนประชากรต่อปี³ ในประเทศไทยได้มีการทำทะเบียนโรคพาร์กินสันในปี พ.ศ. 2554 พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 40,049 ราย และที่ไม่ได้รายงานอีก 20,516 ราย รวมเป็น 60,565 ราย คิดเป็นความชุก 95.34 คนต่อแสนประชากร และ ความชุกปรับตามอายุ 424.57 คนต่อแสนประชากร อัตราความชุกสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (ในผู้ที่อายุ 60-69 ปี, อายุ 70-79 ปี และในผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี พบเป็น 384.12, 939.82, และ 1,073.38 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ)⁴ โรคพาร์กินสันทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ และการดำเนินโรคเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น⁵ การเสื่อมของระบบประสาทในสมองส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในส่วนของเซลล์สมอง (basal ganglia) ทำให้การผลิตสารสื่อประสาท dopamine ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (motor symptom) จะมีลักษณะ จำเพาะประกอบด้วย ได้แก่ อาการสั่น (tremor) อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) อาการแข็งเกร็ง (rigidity) และการเสียการทรงตัว (postural instability) นอกจากอาการหลักด้านการเคลื่อนไหว

ดังกล่าวแล้ว ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic symptoms) มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ อาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) อาการปวด และอาการอ่อนล้า (fatigue) รวมถึงปัญหาบกพร่องด้านการรับรู้และการตัดสินใจ ซึ่งความรุนแรงของโรคพาร์กินสันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ฮอห์นและ ยาร์⁶ ได้จัดลำดับความรุนแรงของอาการของโรคพาร์กินสัน โดยแบ่งอาการของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีอาการ สั่นเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า บริเวณ แขน มือ หรือ ขา เพียงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนกับระยะที่ 1 แต่อาการจะเป็นทั้ง 2 ด้านของร่างกาย ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งสองข้างของร่างกายร่วมกับมีปัญหาด้านการทรงตัว ระยะที่ 4 ผู้ป่วยจะมีอาการของโรครุนแรงและต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและระยะที่ 5 ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงหรือจากล้อเส้นได้ถ้าไม่มีคนช่วย ปัจจุบันโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันจึงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

จากการที่โรคพาร์กินสันเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยจะต้องการความช่วยเหลือดูแลแต่ละระยะแตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างสมบูรณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้านจึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ซึ่งเป็นผลให้ผู้ดูแลมีการดำเนินชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการ

ขาดงาน การสูญเสียรายได้ การใช้ยาที่เพิ่มขึ้นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้เป็นอย่างมาก

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลประเมินด้วยเชาว์ปัญญา (cognitive appraisal) ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (threat) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) มีผลกระทบต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต และรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเกินกำลังในการปรับตัวหรือ แห่ลงประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ การดูแลผู้ป่วยเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะหากโรคของผู้ป่วยมีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลมาก อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลบางส่วนเกิดความเครียด ในขณะที่บางส่วนไม่เกิดความเครียด นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบต่อผู้ดูแล คือไม่เพียงเกิดความเครียดทางอารมณ์ แต่ยังเกิดความพึงพอใจและการเจริญงอกงามทางจิตใจได้⁹ ความเครียดที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจาก อาการของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดภาวะพึ่งพิง รวมทั้งพื้นฐานและคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เผชิญ สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละระยะนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงและปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลอาจประเมินสถานการณ์การดูแลแตกต่างได้ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีความเครียดจากการดูแลหรือไม่ เพียงใด จึงยังเป็นช่องว่างของความรู้และต้องการการวิจัยในเรื่องนี้

จากแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน⁷ เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะมีการกระทำที่ช่วยให้ความเครียด

ลดลงและความสมดุลในชีวิตกลับคืนมา การกระทำของบุคคลดังกล่าว เกิดจากกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลในการประเมินและจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย และเกินศักยภาพที่จะรับได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเรียกว่าการเผชิญความเครียด (coping) ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมนได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะนั้นบุคคลจะเลือกใช้ตามสถานการณ์และการประเมินของตนเอง ในปี ค.ศ. 1985 จาโลวิก¹⁰ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน โดยแบ่งกลวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการบรรเทาปัญหา (palliative coping) ซึ่งแนวคิดและวิธีการประเมินการเผชิญความเครียดของจาโลวิกได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ต้องอยู่ในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะโรค อาจส่งผลให้เกิดความเครียดที่ต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงอาจแตกต่างได้เช่นกัน

จากการทบทวนรายงานการวิจัยในต่างประเทศ พบการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุพาร์กินสัน พบเพียงหนึ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลชาวสเปน ซึ่งพบว่ามี

ความเครียดในระดับสูง¹¹ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดพบในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังไม่มีรายงานในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุพาร์กินสัน สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุพาร์กินสันโดยตรง พบเพียงการศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (caregiver role strain) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ¹² ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากอาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสันเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังโรคอื่น ๆ พบว่าโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างจากโรคอื่น อาการที่พบจะแตกต่างกันและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรค อย่างไรก็ตามเนื่องจากการประเมินสถานการณ์ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ในการดูแลผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้ดูแลอาจพบสิ่งก่อความเครียดที่แตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค แต่การประเมินสถานการณ์อาจไม่ต่างกันและส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลที่อาจเหมือนหรือต่างกัน ซึ่งปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้เรื่องนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะโรคที่แตกต่างกัน รวมทั้งความสัมพันธ์ในระหว่างตัวแปรดังกล่าว ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้ได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

กรอบแนวคิดทางการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁷ ซึ่งกล่าวถึงความเครียดว่า เป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนเอง

เผชิญอยู่ว่า เป็นอันตราย สูญเสีย หรือ ถูกคุกคาม มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต และรับรู้ว่าการณ์หรือสถานการณ์นั้นเกินกำลังในการปรับตัวหรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ ทำให้เกิดภาวะตึงเครียด และรับรู้ความเครียด การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลนั้นจะต้องผ่านการกระบวนการประเมินสถานการณ์โดยใช้เชาว์ปัญญา (cognitive appraisal) ซึ่งมีหลายระยะ ทั้งนี้ขึ้นกับคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เช่น ประสบการณ์ ความคิด ระดับสติปัญญา และความจำ ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้และการประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน จึงได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุอาจมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ได้ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวโดยการเผชิญความเครียด (coping) ซึ่งเป็นกระบวนการพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลอย่างเต็มที่ในการจัดการกับความเครียด ความพยายามในการจัดการของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นตลอดเวลาและต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับแต่ละบุคคล ซึ่งจาโลวิก¹⁰ ได้เสนอวิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมนโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการบรรเทาปัญหา ซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกันไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเสถียรภาพในชีวิตของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่พาผู้สูงอายุมารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในครอบครัวว่าเป็นผู้ดูแลหลัก 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) การรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะทางสติปัญญา (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของคาห์น, โกลด์ฟาร์บ, พอลแลค และเพค¹³ ได้ 8 คะแนนขึ้นไปและ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (power analysis) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (α) 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ทั้งนี้เนื่องจากไม่พบค่าอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรมและจาก

การศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งจากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁴ เพื่อทดแทนแบบสอบถามที่อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงมี 100 ราย โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในทุกระยะที่ 1-5 จำนวน 20 คนต่อกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของตนเองต่อเดือน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งของรายได้ สถานภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว และโรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลของผู้สูงอายุในความดูแลได้แก่ ระยะของโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

2. แบบวัดความเครียด Perceived Stress Scales (PSS) ของโคเฮน แคมาร์ค และเมอร์เมลสไตน์¹⁵ ฉบับภาษาไทยของปราณี มิ่งขวัญ¹⁶ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนี้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert's scale) 5 อันดับ ให้คะแนนตามความรู้สึกคือไม่เคย(0) นาน ๆ ครั้ง(1) บางครั้ง(2) บ่อยครั้ง(3) เกือบทุกครั้ง(4) คะแนนรวมทั้งหมดมี

ค่าระหว่าง 0-56 คะแนน แบ่งคะแนนความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-18.00 คะแนน หมายถึงความเครียดระดับต่ำ 18.01-37.00 คะแนน หมายถึงความเครียดปานกลาง และ 37.01-56.00 หมายถึงมีความเครียดระดับสูง

3. แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก Jalowiec Coping Scale (JCS)¹⁰ ฉบับภาษาไทยของปราณี มิ่งขวัญ¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อถามถึงความบ่อยครั้งในการใช้วิธีเผชิญความเครียดเป็นมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคย (1) นาน ๆ ครั้ง (2) บางครั้ง (3) บ่อยครั้ง (4) และเกือบทุกครั้ง (5) แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ 5-25 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหาระดับต่ำ มากกว่า 25 - 45 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหาระดับปานกลาง มากกว่า 45 - 65 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหาระดับสูง (2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ 5-18.33 หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ 18.34 - 31.66 หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลาง 31.67 - 45.00 หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ ระดับสูง และ (3) ด้านการบรรเทาปัญหา จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ 5-26.67 หมายถึง การบรรเทาปัญหา ระดับต่ำ 26.68 - 43.35 หมายถึง การบรรเทาปัญหา ระดับปานกลาง 43.36 - 70.00 หมายถึง การบรรเทาปัญหา ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้ผ่านการทดสอบความตรงโดยผู้สร้างเครื่องมือมาแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ทดสอบความตรงของแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นในมิติของความสอดคล้องภายในของแบบวัดในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอายุโรคพาร์กินสัน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบวัดความเครียดเท่ากับ 0.87 แบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 0.89 และรายด้านได้แก่ ด้านการเผชิญปัญหา เท่ากับ 0.93 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 0.75 และด้านการบรรเทาปัญหาเท่ากับ 0.75 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้¹⁷

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยโครงร่างการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 076-2017 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ MED-2560-04696 และเก็บข้อมูลตามหลักการปกป้องสิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการศึกษา ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมศึกษาเป็นความสมัครใจโดยการลงนามผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว มีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจและขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียงตามแบบประเมิน คือ แบบวัดความเครียดและแบบวัดการเผชิญความเครียดและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ภายในห้องพักหัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว

เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบวัดความเครียดและแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุในความดูแล คะแนนความเครียดและวิธีการประเมินความเครียด โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่การแจกแจงความถี่และร้อยละ พิสัย วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับของข้อมูล

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน โดยใช้สถิติโคโมโกรอฟ สมิโนฟ (Kolmogorov-smirnov test) ซึ่งพบว่าการกระจายของข้อมูลทุกชุดเป็นปกติจากนั้นได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดและคะแนนของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ทั้งนี้ได้กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์¹⁸ 0.10-0.29 หมายถึงความสัมพันธ์ระดับน้อย 0.30-0.49 หมายถึงความสัมพันธ์

ระดับปานกลาง และ 0.50-1.00 หมายถึงความสัมพันธ์ระดับสูง

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคและคะแนนความเครียด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72) มีอายุเฉลี่ย 48.76 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ร้อยละ 47) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 39) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96) ประกอบอาชีพรับราชการ และเกษตรกร (ร้อยละ 31 และร้อยละ 22 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ย 19,607.10 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่าเส้นแบ่งความยากจน คือ มากกว่า 2,667 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 77) มีความพอเพียงของรายได้ (ร้อยละ 56) และส่วนใหญ่ของรายได้มาจากการทำงานด้วยตนเอง (ร้อยละ 63) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกินครึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82) และมีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 74) สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่ามีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 1-5 ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 21, 21, 20, 20, และ 18 ตามลำดับ) ครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 51) การรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่คือการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 73) สิทธิในการรักษาพยาบาล สามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้และใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 54 และ ร้อยละ 44 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีจำนวนใกล้เคียงกับผู้สูงอายุ

ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล (ร้อยละ 48 และร้อยละ 47 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 64) ได้แก่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคระบบหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 27, 11 และ 10 ตามลำดับ)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 6-36 คะแนน และค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ 23.93, SD 5.75) สำหรับการเผชิญความเครียดมีคะแนนการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 36-139 คะแนน จากคะแนนเต็ม 180 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}$ 88.04, SD 24.29) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาปัญหา ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ 35.51, S.D. 11.01 และ $\bar{X}$ 35.49, SD 10.07) ตามลำดับ แต่คะแนนเฉลี่ยการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$, 17.04, SD 5.21)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการเผชิญความเครียดโดยรวมและการบรรเทาปัญหา ($r = -.251$ และ $r = -.270$, $p < .05$ ตามลำดับ) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = -.352$, $p < .01$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ ($r = .142$, $p = .16$)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคของผู้สูงอายุกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันครั้งนี้พบว่าระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ($r = .05$, $p = .64$) และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ($r = .17$, $p = .09$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลมีวิธีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางเช่นกัน โดยจะใช้การเผชิญความเครียดทุกวิธีร่วมกัน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหา โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิธีการบรรเทาปัญหาในระดับปานกลาง ในขณะที่ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ในระดับน้อย

การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งที่โดยสภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแลน่าจะมีความเครียดสูง แสดงถึงการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อสภาพความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตของเขา แต่จากการประเมินแหล่งประโยชน์ ผู้ดูแลอาจรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ค่อนข้างจะเกินกำลังในการปรับตัวหรือมีแหล่งประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้เพียงพอ ซึ่งแสดงถึงความเครียดในระดับที่มากกว่าปกติ ซึ่งโดยทั่วไปสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคพาร์กินสัน จะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่พบในผู้สูงอายุ รวมทั้งการที่ผู้ดูแลหลักต้องให้การดูแลผู้สูงอายุให้อีกต้องเหมาะสมตามระยะของโรค ซึ่งปัญหาที่พบจะแตกต่างกัน และต้องการการดูแลที่ต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของโรคที่ต้องการการดูแล

อย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย เหนื่อยยาก รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่น ทำให้เครือข่ายทางสังคมลดลง ซึ่งหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือจากเครือข่ายทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกแยกตัว และคับข้องใจ เกิดความเครียดได้ ทั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นได้ ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงและคุณภาพชีวิตลดลง¹⁹ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะที่ 1-5 ซึ่งระยะของโรคจะจำแนกตามอาการของโรค โดยระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1-3) ผู้ป่วยจะมีอาการทางการเคลื่อนไหวต่าง ๆ แต่ยังมีคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อยู่เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จะมีความพิการของร่างกายอย่างมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง การที่ผู้ดูแลในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) มีความเครียดระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) อยู่ในวัยผู้ใหญ่-สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้มากกว่าเส้นความยากจน และรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้สูงอายุ และจากการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่สำคัญที่สุดคืออาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ในการศึกษานี้เมื่อเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง (ร้อยละ 48) จึงทำให้ความเครียดของผู้ดูแลไม่สูงมาก นอกจากนี้ ยังอาจเนื่องจากมุมมองทางบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเป็นภาระ (burden)²⁰

ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดจึงอาจอธิบายความเครียดในระดับปานกลางของผู้ดูแลได้

ในส่วนของการเผชิญความเครียด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความเครียดในระดับปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ จากข้อมูลพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี โดยวิธีที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้คือวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาปัญหา ในระดับปานกลาง และมีผู้ดูแลร้อยละ 13 ที่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาในระดับสูง ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์นั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ในระดับต่ำ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปัญหามากกว่าแบบมุ่งอารมณ์ จากทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน⁷ ได้เสนอว่าในการเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อความเครียด บุคคลจะมีพฤติกรรม การเผชิญความเครียดที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละเหตุการณ์หรือสถานการณ์ โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามสถานการณ์และการประเมินของตนเอง ซึ่งแต่ละวิธีที่ใช้จะมากน้อยแตกต่างกัน วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้มากที่สุด เป็นการวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดให้ชัดเจน คิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุม โดยใช้ทักษะการเรียนรู้ต่าง ๆ การแก้ไขความขัดแย้ง การจัดการกับเวลา และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ในขณะที่วิธีการบรรเทาปัญหาเป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว โดยเทคนิควิธีต่าง ๆ เช่น การกำหนดลมหายใจ

การฝึกผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นต้น แต่ไม่ได้แก้ปัญหที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²¹ ที่พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกวิธีแต่อย่างน้อยแตกต่างกัน โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ตามด้วยการบรรเทาปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของลาเวโรน และคณะ²² ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันชาวอิตาลีใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งกิจกรรม ซึ่งเป็นวิธีการที่มุ่งแก้ปัญหาอีกวิธีหนึ่ง

การพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าวิธีอื่น อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าวิธีการจัดการกับอารมณ์⁷ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่ง ทำให้มีแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงจะเลือกใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาร่วมกับแบบมุ่งเน้นอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นที่สามารถอธิบายวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในการศึกษานี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป อายุของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีประสบการณ์ชีวิต และมีความรอบคอบในการพิจารณาและประเมินปัญหาได้ดีกว่า ทำให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาได้มากกว่า

สำหรับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการบรรเทาปัญหาที่พบร้อยละ 25 ในผู้ดูแลส่วนใหญ่ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาจากลักษณะของโรคพาร์กินสันที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเสื่อมของระบบประสาทที่จะรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นโดยไม่มีวิธีการรักษาให้ดีขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับใจตนเอง ทำใจและยอมรับปัญหา และหาวิธีการที่จะทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นโดยไม่ได้แก้ปัญห ซึ่งผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการลดความเครียด ได้แก่ ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฟังธรรมะ สวดมนต์ ไปวัดทำบุญ นั่งสมาธิ เป็นต้น ในส่วนของการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์นั้น เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ใช้น้อยที่สุด ซึ่งอาจเนื่องมาจากระดับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลไม่อยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ใช้การแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก แต่ใช้วิธีการอื่นแทน ลาซาร์สและโพลด์แมนได้กล่าวว่า หากบุคคลเผชิญปัญหาที่รุนแรงมาก บุคคลมีแนวโน้มจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการเผชิญหน้ากับปัญหา⁷

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดนั้น พบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อยกับการเผชิญความเครียดโดยรวม การเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาปัญหา แต่ไม่สัมพันธ์กับการจัดการด้านอารมณ์ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของลาซาร์สและโพลด์แมน⁷ ที่เสนอว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ยิ่งความเครียดมาก การเผชิญความเครียดจะมากด้วย การพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียด เช่นนี้ อาจเป็นผลมาจากแบบของการวิจัยที่เป็นการวิจัยตัดขวาง

(Cross-sectional design) ซึ่งทำให้ไม่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรต้น (ความเครียด) และตัวแปรตาม (การเผชิญความเครียด) จากข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในช่วงระยะที่ผู้ดูแลได้ประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและเผชิญความเครียดมาแล้ว ทั้งนี้เพราะการเผชิญความเครียดที่มากขึ้นส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง โดยผู้ดูแลกลุ่มนี้มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ 1 ปี – 10 ปี โดยร้อยละ 51 อยู่ในกลุ่มได้รับการวินิจฉัยโรค 1 – 5 ปี และร้อยละ 36 อยู่ในกลุ่มได้รับการวินิจฉัยโรคมานานกว่า 5 – 10 ปี ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงน่าจะ สามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด²³ และผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์²⁴ ที่พบความเครียดในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการจัดการอารมณ์ หรือความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอารมณ์

สำหรับระยะของโรคพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีความเครียดระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าอาการของผู้ป่วยหรือความรุนแรงของโรค รวมทั้งการพึ่งพิงผู้ดูแลที่ต่างกันในแต่ละระยะของโรคไม่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ไม่ได้ศึกษาในการวิจัยนี้ เช่น เพศ การศึกษา อายุ รายได้และเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

รวมทั้ง ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (multicollinearity) ระหว่างตัวแปร อาจอธิบายการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคและความเครียดของผู้ดูแลในการวิจัยนี้

สำหรับการที่ระยะของโรคไม่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดทั้งโดยรวมและรายด้านนั้น อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดมากกว่าระยะของโรค ได้แก่ ความรุนแรงหรือระดับของความเครียด ซึ่งการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา หรือระดับความเครียด หากความรุนแรงของปัญหาน้อยบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ หากความรุนแรงของปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และหากความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้นจนถึงระดับรุนแรง บุคคลมีแนวโน้มจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา⁷ สำหรับปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยนี้ที่อาจสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดมากกว่าระยะของโรค ได้แก่ เพศ^{25,26} อายุ^{27,28} ระดับการศึกษา²⁸ และแรงสนับสนุนทางสังคม^{24,27,29} ที่เป็นแหล่งช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ตนเองเผชิญว่าสามารถจัดการได้หรือไม่ ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล³⁰

จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เกิดความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง และมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาปัญหา

มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งความเครียดและการเผชิญความเครียดไม่ผันแปรตามระยะหรือความรุนแรงของโรค ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรประเมินปัญหาของผู้ดูแลกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีและสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน มีความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรประเมินภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังความเครียดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม

2. พยาบาลควรวางแผนปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะ เพื่อให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีและไม่เกิดการเป็นภาระ (burden) จากการดูแล

References

1. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2014;29(13): 1583-90.
2. Jankovic J, Tolosa E. *Parkinson's disease & movement disorder* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. 2015.
3. Muangpaisan W, Hori H, Brayne C. Systematic review of the prevalence and incidence of Parkinson's disease in Asia. *J Epidemiol.* 2009;19(6):281-93.

4. Bhidayasiri R, Wannachai N, Limpabandhu S, Choeytim S, Suchonwanich Y, Tananyakul S, et al. A national registry to determine the distribution and prevalence of Parkinson's disease in Thailand: implications of urbanization and pesticides as risk factors for Parkinson's disease. *Neuroepidemiology.* 2011;37(3-4):222-30.
5. Pongvarin N. *Parkinson's disease.* Bangkok: Ru- enkaew Printing; 2013.
6. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology.* 1967; 17(5): 427-42.
7. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer; 1984.
8. Santos-García D, Anon M, Fuster-Sanjurjo L, de la Fuente-Fernández R. Duodenal levodopa/carbidopa infusion therapy in patients with advanced Parkinson's disease leads to improvement in caregivers' stress and burden. *Eur J Neurol.* 2012;19(9):1261-5.
9. Lawton MP, Moss M, Kleban MH, Glicksman A, Rovine M. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *J Gerontol.* 1991; 46: 181-9.
10. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurement of nursing outcomes: measurement client outcome.* New York: Springer; 1988. p. 283-308.
11. Santos-García D, deDeus T, Lopez-Pazos E, Macías-Arribi M, Llana-Gonzalez MA, Echarri-Piudo A, de la Fuente-Fernandez R. Management of complications related to intraduodenal infusion of levodopa/carbidopa in patients with Parkinson's disease. *Revista de Neurologia.* 2014; 58(11): 505-15.
12. Prachuablarb C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The relationship between mutuality, predictability and caregiver role strain in older persons with Parkinson's disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurse.* 2014;15(3):235-45.

13. Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *Am J Psychiatry*. 1960; 117(4): 326–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/aip.117.4.326>
14. Dong Y, Peng CYJ. Principled missing data methods for researchers. Springer Plus [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 10]; 2(222): 1–17. Available from URL: <http://www.springerplus.com/content/2/1/222>
15. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 385–96. Available from URL: <http://www.jstor.org/>
16. Mingkuan P. Stress and coping in the elderly stroke patients. [master's thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 1999.
17. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. States of America: Saunders; 2009.
18. Cohen JW. Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Dayapoğlu N, Tan M. The care burden and social support levels of caregivers of patients with multiple sclerosis. *KONTAKT* [Internet]. 2017; 1: 19–25. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.12.001>
20. Abdollahpour I, Nedjat S, Salimi Y. Positive Aspects of Caregiving and Caregiver Burden: A Study of Caregivers of Patients with Dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2018; 31(1): 34–8.
21. Jullamaet P, Tanatwanit Y. Stress and Coping of Caregivers of Stroke Patients. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2001; 9(1): 32–45.
22. Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, Fasanaro AM, Poderico C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 1407–13.
23. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*. 1992; 11(2): 79–87.
24. Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A. The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychol Health Med*. 2004;9(4): 456–75.
25. Madhyastha S, Latha KS, Kamath A. Stress, Coping and Gender Differences in Third Year Medical Students. *J Health Manag*. 2014;16(2):315–326. <https://doi.org/10.1177/0972063414526124>
26. Li L, Lin C, Liang LJ, Ji G. Exploring coping and social support with gender and education among people living with HIV in China. *AIDS Behav*. 2016;20(2): 317–24. doi: 10.1007/s10461-015-1232-6. PubMed PMID: 26494110
27. Brennan PL, Holland JM, Schutte KK, Moos RH. Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging Ment Health*. 2012;16(3): 305–16. doi: 10.1080/13607863.2011.628975. PubMed PMID:22394319
28. Yu B, Chen X, Liu L. Analysis of coping styles of elderly women patients with stress urinary incontinence. *IJNSS* [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Jan 30];3(2): [about 5p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.009>
29. Ozdemir D, Arslan FT. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncol*. 2018;27(9): 2214–9 doi: 10.1002/pon.4798. PubMed PMID: 29905003
30. Rafiyah I, Suttharangsee W, Sangchan H. Social support and coping of Indonesian family caregivers caring for persons with Schizophrenia. *NMJN* [Internet]. 2011 July [cited 2019 Jan 30];1(2): [about 10p.]. Available from file:///C:/Users/FON/Downloads/979-2563-1-PB%20(3).pdf