

# ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรม การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม\*

สุนทนา มั่งมี, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)\*\*  
สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)\*\*\*  
นุชนาฏ สุทธิ, Ph.D. (Nursing)\*\*\*\*

## บทคัดย่อ:

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแลความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**การออกแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์

**การดำเนินการวิจัย :** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 83 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล แบบประเมินความพร้อมในการดูแล แบบประเมินความสามารถในการคาดการณ์การดูแล และแบบประเมินความเครียดจากกิจกรรมการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

**ผลการวิจัย :** ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.588$ ) และความสามารถในการคาดการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.461$ ) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล

**ข้อเสนอแนะ :** บุคลากรที่มสุขภาพควรประเมินความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล ในการวางแผนการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมญาติผู้ดูแล ให้มีความพร้อมในการดูแล และมีความสามารถในการคาดการณ์การดูแลที่ดี เพื่อลดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(3) 151-164

**คำสำคัญ:** ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล/ ความพร้อมในการดูแล/ ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล/ ญาติผู้ดูแล/ ความเครียดจากกิจกรรมการดูแล

วันที่ได้รับ 19 ม.ค. 64 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 เม.ย. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 26 เม.ย. 64

\*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษาระดับปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ ร่องศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## Relationships between Mutuality, Preparedness, and Predictability to Care, and Caregiver Role Strain from Caregiving Activities for Older People with Dementia\*

Sumonta Mangmee, M.N.S. (Gerontological Nursing)\*\*

Supreeda Monkong, Ph.D. (Gerontological Nursing)\*\*\*

Nuchanad Sutti, Ph.D. (Nursing)\*\*\*\*

### Abstract:

**Objective:** To examine the relationships between mutuality, preparedness, and predictability to care, and the caregiver role strain from the caregiving activities for the older people with dementia.

**Design:** Descriptive correlation research

**Methodology:** Purposive sampling was used, 83 primary caregivers of older people diagnosed with Alzheimer-induced dementia and treated at Ramathibodi Hospital were recruited for this study. Data were collected during May to September 2019, using a demographic form, a mutuality scale, a preparedness scale, a predictability scale, and a caregiver role strain from caregiving activities scale. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficients.

**Results:** The caregivers' preparedness was identified to be in a moderate negative relationship with caregiver role strain for caregiving activities, at a significant level of .05 ( $r = -.588$ ). Also, the caregivers' predictability to care was found in a low negative relationship with caregiver role strain for caregiving activities, at a significant level of .05 ( $r = -.461$ ). On the other hand, no significant correlation was found between caregiver-care recipient mutuality and caregiver role strain for caregiving activities.

**Recommendations:** It is recommended that healthcare providers evaluate family caregivers' preparedness and predictability, so that intervention programmes could be planned to raise caregivers' capacity in these two domains, which, in turn, could significantly reduce their caregiver role strain resulting from caring for older people with dementia.

*Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2021; 36(3) 151-164*

**Keywords:** mutuality; preparedness; predictability to care; family caregivers; caregiver role strain from caregiving activities

Received 19 January 2021, Revised 16 April 2021, Accepted 26 April 2021

\*Thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

\*\*Master's student, Master of Nursing Science (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

\*\*\*Corresponding Author, Associate Professor, Adult and Gerontological Nursing Division, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

\*\*\*\*Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Division, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ได้แก่ ด้านความจำ การรู้คิด การใช้ภาษา การตัดสินใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง<sup>1</sup> มีผลให้ความสามารถในการจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร และการทำสิ่งที่ซับซ้อนลดลงอย่างถาวร<sup>2</sup> มักพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลงลืม พูดซ้ำ ๆ ความคิดไม่สมเหตุสมผล การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ยากขึ้น เดินออกจากบ้านแบบไม่รู้ทิศทาง เป็นต้น บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว พูดจาหยาบคายนวาดระแวง หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน<sup>3</sup> และเมื่อความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และการขับถ่าย เป็นต้น<sup>4</sup> โดยสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์<sup>3</sup>

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแลสูง ซึ่งถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ดีพออาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลได้<sup>5</sup> สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทในการดูแลมากที่สุด พบว่า ผู้เป็นบุตรมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง<sup>6</sup> ซึ่งญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ<sup>7</sup> และจากสถานการณ์จำนวนเฉลี่ยสมาชิกแต่ละครอบครัวในปัจจุบันมีเพียง 3-5 คน<sup>8</sup> อาจไม่เพียงพอในการหมั่นเวียนมาดูแล หรือไม่สามารถมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล เช่น กิจกรรมประจำวัน การดูแล

เมื่อมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อม หรือจากอาการหลงลืม รวมไปถึงอาการที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบาก อาจก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแล ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแล<sup>9-11</sup> โดยพบว่า ร้อยละ 59 ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์ มีความเครียดจากการดูแลในระดับสูงหรือสูงมาก<sup>12</sup> และจากการศึกษาของ Chan<sup>13</sup> ที่ศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความรู้สึกเครียดจากบทบาทการดูแล ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 65 และการศึกษาของ ภาศิษญา อ่อนดี และคณะ<sup>14</sup> ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Archbold และคณะ<sup>15</sup> ที่ว่าความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล มักเกิดจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

Archbold และคณะ<sup>15</sup> ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลมาจากทฤษฎีบทบาท (role theory) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล ซึ่งมีการศึกษาในหลายบริบท เช่น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในสหรัฐอเมริกา<sup>16</sup> ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไต้หวัน<sup>17</sup> และยังพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลในระดับสูงสามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล<sup>10</sup> แต่ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล<sup>19-20</sup> อีกทั้งกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละวัน เนื่องมาจากอาการหลงลืม การเปลี่ยนแปลงของอาการและพฤติกรรม หรือความสามารถในการสื่อสารลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลได้ โดย Archbold และคณะ<sup>15</sup> พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการคาดการณ์การดูแล (predictability) ที่ดี สามารถลดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้ ดังนั้น หากญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ และคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หรือตนเองได้ จะทำให้เข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและตนเองได้ดีขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล พบว่ายังมีความไม่สอดคล้องกันในแต่ละบริบท รวมไปถึงลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจญาติผู้ดูแลในบริบทที่มากขึ้น และนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการลดความเครียดจากกิจกรรมการดูแล ส่งผลดีทั้งต่อผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล (caregiver role strain) ของ

Archbold และคณะ<sup>15</sup> ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีบทบาท (role theory) และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ผลกระทบต่อประสบการณ์การดูแลทั้งทางบวกและทางลบต่อสถานการณ์การดูแล ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยกัน 3 ส่วน คือ

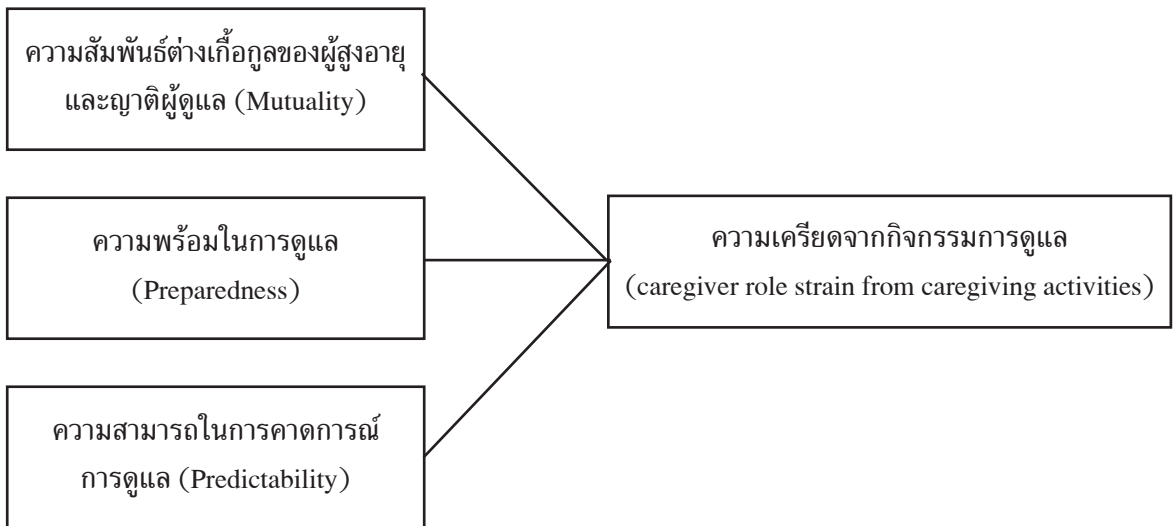
1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (antecedent factors) ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้สูงอายุกับญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในขณะดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความรักและความผูกพัน (love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจต่อกัน (shared pleasurable activities) การเห็นคุณค่าร่วมกัน (shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (reciprocity) ภายใต้สถานการณ์การดูแล และความพร้อมของญาติผู้ดูแล (preparedness) หมายถึง การเรียนรู้เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล เนื่องมาจากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความบกพร่องทางการรับรู้และสติปัญญา ร่วมกับมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้มีความต้องการในการดูแลมาก อีกทั้งจากลักษณะประชากร และสังคมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไป อาจส่งผลกระทบต่อลักษณะความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และความพร้อมในการดูแลในปัจจุบันได้

2) การดูแลครอบครัว (Family care) ผู้วิจัยศึกษาความสามารถในการคาดการณ์การดูแล (predictability) หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการประเมินตนเอง และสถานการณ์การดูแลขณะให้การดูแล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเปราะบาง มีการ

แสดงออกทางพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอด หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์อาการได้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น จนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้<sup>16</sup>

3) การตอบสนองต่อการดูแลครอบครัว (Responses to family care) ผู้วิจัยศึกษาความเครียดจากกิจกรรมการดูแล (caregiver role strain from caregiving activities) หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากในการทำบทบาทหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล โดยความเครียดที่เกิดขึ้นเกิดจากกิจกรรมการดูแลในแต่ละวัน มีทั้งการดูแลทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันลดลงตามความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมอง ญาติผู้ดูแลต้องตอบสนองการดูแล โดยรูปแบบการดูแลมีความแตกต่างกันตามอาการและปัญหาของผู้สูงอายุ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้ตลอดเวลา ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล<sup>16</sup> ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล และความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

**ประชากร:** ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**กลุ่มตัวอย่าง:** ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรามธิบดี เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่ผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องไม่มีความบกพร่องทางความจำและการรู้คิดประเมินจาก Mini - cog<sup>21</sup> ต้องได้ 3 คะแนนขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และทำกิจกรรมการดูแล อย่างน้อย 3 ใน 10 กิจกรรม

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power<sup>22</sup> ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .08 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.31<sup>23</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 87 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินกิจกรรมที่

ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมิน Mini - Cog ฉบับภาษาไทย<sup>21</sup> สำหรับผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ใช้ประเมินระดับสัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดย Archbold และ Stewart<sup>24</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana<sup>20</sup> มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน การแปลผล คะแนนมากหมายถึง ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมาก

2.3 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล ใช้ประเมินระดับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดย Archbold และ Stewart<sup>24</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana<sup>20</sup> มีข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 32 คะแนน การแปลผล คะแนนมากหมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก

2.4 แบบประเมินความสามารถในการคาดการณ์การดูแล ใช้สำหรับประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการคาดการณ์สถานการณ์ และการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มากน้อยเพียงใด พัฒนาโดย Archbold และ Stewart<sup>24</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย

Wirojratana<sup>20</sup> มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์การดูแลมาก

2.5 แบบประเมินความเครียดจากกิจกรรมการดูแล ใช้สำหรับประเมินความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และ Stewart<sup>24</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย<sup>20</sup> เป็นกิจกรรมการดูแล 91 ข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่ หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมการดูแลข้อนั้นหรือถ้าตอบไม่ หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่ได้ทำกิจกรรมการดูแลข้อนั้น ถ้าเลือกตอบว่าใช่ ตอบในส่วนที่ 2 คือระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรม ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 364 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากกิจกรรมการดูแลมาก

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามทุกฉบับและนำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84, .93, .70, และ .98 ตามลำดับ และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88, .93, .74, และ .93 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MURA 2019/311 ผู้วิจัย

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงโดยไม่ระบุชื่อในแบบสอบถาม และนำเสนอในภาพรวมของผลวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามจะถูกทำลายหลังการตีพิมพ์วิจัยแล้ว

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการวิจัยหลังได้อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพคอยช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระหว่างญาติผู้ดูแลถูกสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม เพื่อไม่ให้ญาติผู้ดูแลมีความกังวลหรือเป็นห่วงผู้สูงอายุ และผู้ช่วยวิจัยแจ้งญาติผู้ดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการตรวจ

3) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวัน และเวลาของแต่ละคลินิก โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และให้อ่านเอกสารชี้แจง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลตามแบบสอบถาม ระยะเวลาไม่เกิน 45 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนข้อมูลความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล และความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เนื่องจากการกระจายของข้อมูลทุกตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล และความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## ผลการวิจัย

ข้อมูลจากญาติผู้ดูแล จำนวน 87 ราย คัดออก 4 ราย เนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่มีความเครียดจากกิจกรรมการดูแล เหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ จำนวน 83 ราย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 83 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.16 มีอายุเฉลี่ย 56.71 ปี (SD = 11.57) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 51.81 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.58 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.88 และเกือบทั้งหมดอยู่บ้านเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 98.79 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.22 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 69.89 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.83 ญาติผู้ดูแลบางส่วนต้องทำงานด้วยขณะที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล ร้อยละ

42.17 มีรายได้เดือนละ 20,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 78.31 และประเมินว่ามีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 73.50 มากกว่าครึ่งมีปัญหาลักษณะ ร้อยละ 53 โดยปัญหาลักษณะที่พบคือ อาการปวดตามร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 32.53 ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 14.53 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 6.21) ให้การดูแลมานานเฉลี่ย 6.19 ปี (SD = 4.34) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 80.72 ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 72.29 ซึ่งเป็นพี่ หรือน้องของผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 49.40

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 83 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.90 มีอายุเฉลี่ย 81.94 ปี (SD = 8.52) มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.06 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47 ระยะเวลาที่มีภาวะสมองเสื่อม เฉลี่ย 7.72 ปี (SD = 4.50) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 44.58 และส่วนใหญ่ยังไม่มียาที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ร้อยละ 71.08 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาในระดับสูงมากประเมินจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้คะแนน 0 - 4 คะแนน ร้อยละ 39.76 กิจวัตรประจำวันที่ต้องการการดูแลมากที่สุดคือ ด้านการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 98.85 การขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 96.38 และการอาบน้ำ ร้อยละ 91.57 ตามลำดับ

### 2. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ความเครียดจากกิจกรรมการดูแล พบว่า จำนวนกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ย 44.28 กิจกรรม (SD = 8.41) อยู่ระหว่าง 28 - 66 กิจกรรม



คะแนนรวมเฉลี่ย 19.61 คะแนน (SD = 19.31) คะแนนอยู่ระหว่าง 1- 98 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 364 คะแนน มีคะแนนรวมความเครียดจากกิจกรรมการดูแลก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 2.157) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำจำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำบ่อยที่สุด และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากกิจกรรมสูงสุด คือ การพาผู้สูงอายุไปหาหมอ (n = 83) (Mean = 1.29, SD = 0.80) รองลงมา คือ การทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะรด (n = 82) (Mean = 0.54, SD = 0.84) ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากกิจกรรมการดูแลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การเฝ้าระวังไม่ให้ผู้สูงอายุออกนอกบ้าน (n = 14) (Mean = 2.00, SD = 1.17) การจัดการกับการที่ผู้สูงอายุทุบตีหรือปลุกคนอื่น (n = 4) (Mean = 1.50, SD = 1.91) การต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้บริการรถโดยสาร (n = 2) (Mean = 1.50, SD = 0.70) ตามลำดับ และกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลให้การช่วยเหลือแต่ไม่มีความเครียดเลยมี 4 เรื่อง ได้แก่ 1) ต้องจัดการเมื่อผู้สูงอายุร้องไห้ 2) การได้จับมือหรือลูบหลังผู้สูงอายุ 3) การอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุ และ 4) การพูดคุยกับผู้สูงอายุในเรื่องอนาคตการดำรงชีวิตหรือเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนน 41.92 คะแนน (SD = 7.93) คะแนนอยู่ระหว่าง 21-60 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน โดยมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลก่อนไปทางด้านสูง (Skewness = -0.315) คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ญาติผู้ดูแลมีความรักในตัวผู้สูงอายุ (Mean = 3.57, SD = 0.56) รองลงมาคือ รู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ (Mean = 3.34, SD = 0.61) และมีความใกล้ชิด

สนิทสนมกับผู้สูงอายุ (Mean = 3.18, SD = 0.60) ส่วนเรื่องที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ (Mean = 1.41, SD = 1.19)

ความพร้อมในการดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนน 23.72 คะแนน (SD = 4.88) คะแนนอยู่ระหว่าง 10-32 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 32 คะแนน โดยมีความพร้อมในการดูแลก่อนไปทางด้านสูง (Skewness = - 0.173) คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลที่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายผู้สูงอายุ (Mean = 3.11, SD = 0.60) รองลงมาคือ มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม (Mean = 3.07, SD = 0.64) และมีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้สูงอายุ (Mean = 3.06, SD = 0.80) ส่วนเรื่องที่คุณดูแลมีความพร้อมน้อยที่สุด คือ ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 2.82, SD = 0.79) และความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ (Mean = 2.82, SD = 0.87)

ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.82 คะแนน (SD = 3.13) คะแนนอยู่ระหว่าง 13 - 27 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 27 คะแนน โดยมีความพร้อมรวมความสามารถในการคาดการณ์การดูแลก่อนไปทางด้านสูง (Skewness = - 0.055) เรื่องที่ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์การดูแลได้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามแผนที่วางไว้ (Mean = 3.33, SD = 0.60) รองลงมาคือ สามารถคาดการณ์ถึงกิจกรรมการดูแลที่ทำอยู่เป็นประจำหรือกิจกรรมการดูแลที่ต้องทำให้กับผู้สูงอายุ (Mean = 3.04, SD = 0.63) และกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำไม่ต้องหยุดชะงักลงอย่างไม่ได้คาดคิดเนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

(Mean = 2.95, SD = 0.89) ส่วนเรื่องที่ญาติผู้ดูแล  
คาดการณ์การดูแลได้น้อยสุด คือ การคาดการณ์ถึง  
สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยรวม (Mean = 2.45,  
SD = 0.63)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความพร้อมในการดูแล  
มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความ  
เครียดจากกิจกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $r_s = -.588, p < .001$ ) และความสามารถในการคาดการณ์  
การดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบใน  
ระดับต่ำกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.461, p < .001$ ) ส่วน  
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล  
ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการ  
ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล วิเคราะห์ด้วย  
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (N = 83)

ตัวแปรที่ศึกษา	$r_s$	p-value
ความพร้อมในการดูแล	-.588	< .001
ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล	-.461	< .001
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล	-.179	.106

$r_s =$  spearman's rho

การอภิปรายผล

ญาติผู้ดูแล จำนวน 83 ราย ส่วนใหญ่เป็น  
เพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง นับถือศาสนาพุทธ  
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ผ่าน  
มา<sup>19,25-26</sup> เนื่องจากเพศหญิงถูกคาดหวังจากสังคมให้  
ดูแลบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย<sup>10</sup>  
จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้  
สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต้องออกไปทำงาน  
นอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพมากขึ้น และสัดส่วนของ  
ประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ก็จะลดน้อยลง ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานมาดูแล  
เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มากขึ้น จากสถานการณ์การดูแล  
ที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า ญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุที่  
คอยดูแลซึ่งกันและกันมากขึ้น<sup>27</sup> ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มี  
สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุ

สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นบุตร  
มากที่สุด<sup>19,25-26</sup> แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ  
ที่พบว่า บทบาทในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่  
เป็นคู่สมรสมากกว่า<sup>28</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรม  
ศาสนาของสังคมไทยผู้เป็นบุตรมีหน้าที่ในการดูแล บิดา  
มารดา เมื่อมีอายุมากขึ้นและเจ็บป่วย เป็นการแสดง  
ความกตัญญูต่อบิดา และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิต  
เจริญก้าวหน้า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา  
เฉลี่ย 7.72 ปี (SD = 4.50) โดยญาติผู้ดูแลรับบทบาท  
เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 6.19 ปี  
ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ใช้ระยะเวลาในการ  
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 14.53 ชั่วโมง  
ต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร  
และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล<sup>26</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลา  
ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากกว่า 12 ชั่วโมง

ต่อวัน อาจเป็นเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีภาวะเครียดเกิดขึ้นระหว่างการดูแล ในผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุตลอดเวลาานานมากกว่า 5 ปี<sup>29</sup>

ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากกิจกรรมการดูแลในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อยู่บ้านเดียวกัน และได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นพี่ หรือน้องของผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ สมาชิกในครอบครัวอาจช่วยแบ่งเบาการดูแลหรือช่วยรับฟังญาติผู้ดูแลได้บ้าง อีกทั้งญาติผู้ดูแลมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ซึ่งการศึกษาที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสในการหาความรู้ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น<sup>25</sup> ร่วมกับได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลในระดับต่ำ กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำบ่อยที่สุดและมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากกิจกรรมสูงที่สุด คือ การพาผู้สูงอายุไปหาหมอ อาจเป็นเพราะการพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากพื้นที่ที่คุ้นเคยอาจทำให้ผู้สูงอายุสับสน วิดกกังวล และในโรงพยาบาลมีคนพลุกพล่าน มีความเสี่ยงต่อการพลัดหลงได้ ซึ่งสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากกิจกรรมการดูแลที่สูงที่สุด คือ การเฝ้าระวังไม่ให้ผู้สูงอายุออกนอกบ้าน และรองลงมา คือ การต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้บริการรถโดยสารสาธารณะ อธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นผู้พาผู้สูงอายุมาตรวจทุกครั้ง ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าระวังการพลัดหลงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแล

ที่เกี่ยวกับการเดินทาง ส่วนความเครียดจากกิจกรรมที่เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พบว่า มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากลักษณะของกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ทำทุกวันและทำได้ง่าย เช่น การนั่งเป็นเพื่อน การดูโทรทัศน์ร่วมกัน การช่วยผู้สูงอายุในการทำบุญ เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้จึงไม่ยากลำบากส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดต่ำนี้ น้อยที่สุด

#### ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลสูง มีแนวโน้มมีความเครียดจากกิจกรรมการดูแลต่ำ ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกายผู้สูงอายุ มีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ และจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้สูงอายุตามลำดับ สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ ญาติผู้ดูแลระดับการศึกษาที่ดี ซึ่งการมีเศรษฐฐานะทางสังคมที่ดีสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลหาข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ รวมถึงผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และยังไม่พบกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (BPSD) จึงอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย อีกทั้งทางโรงพยาบาลมีบริการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเป็นระยะ จึงตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้คำแนะนำ และคัดกรองปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้สูงอายุมี

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความผิดปกติด้านพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Archbold และคณะ<sup>15</sup> ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลสูง จะมีความเครียดจากกิจกรรมการดูแลต่ำ อย่างไรก็ตามยังพบประเด็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล และความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีคะแนนน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมด้านนี้น้อย ดังนั้น ควรมีการประเมินความเครียดและส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมให้กับญาติผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการคาดการณ์การดูแลที่ดี และควบคุมสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและตนเองได้ มีแนวโน้มความเครียดจากกิจกรรมการดูแลต่ำ เมื่อวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการคาดการณ์การดูแลรายข้อ พบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามแผนที่วางไว้ และสามารถคาดการณ์ถึงกิจกรรมการดูแลที่ต้องทำให้กับผู้สูงอายุได้ดี เนื่องจากญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมานาน ซึ่งผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ และส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (BPSD) แม้ว่าจะมีอาการหลงลืม พูด/ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ร่วมกับญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง ทำให้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลได้ดี อีกทั้งญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้มีคะแนนความพร้อมในการดูแลสูง อาจมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์การดูแลที่ปรับเปลี่ยนไปได้

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล โดยญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลอยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยความรัก ความผูกพัน การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจต่อการเห็นคุณค่าร่วมกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งที่ครอบครัวมีให้ต่อกันภายใต้สถานการณ์การดูแล โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ และอยู่บ้านเดียวกันมานาน ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ ก่อให้เกิดความรัก ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เกิดเป็นความผูกพันซึ่งกันและกัน แม้ว่าจะเป็หน้าทีที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้การดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดจากกิจกรรมการดูแลได้ สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งการดูแลถือว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ<sup>30</sup> แตกต่างจากลักษณะสังคมในต่างประเทศที่ผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา<sup>28</sup> แสดงให้เห็นว่าความผูกพันที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลสูง คะแนนที่ได้มีความแปรปรวนน้อย อาจทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ และคณะ<sup>19</sup> และการศึกษาของ Wirojratana<sup>20</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวว่า บริบทการดูแลบุคคลในครอบครัวของคนไทยประกอบไปด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็นหน้าที่<sup>20</sup> แตกต่างจากการศึกษาของ Archbold และคณะ<sup>15</sup> ที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแล โดยญาติผู้ดูแล

ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในฐานะสามี ภรรยา ซึ่งบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพ และลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกัน ก็อาจทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรประเมิน และส่งเสริมความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์ การดูแล โดยการให้ความรู้และให้ญาติผู้ดูแลได้ แลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลร่วมกัน ส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ทำให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับความเครียดในสถานการณ์การดูแลได้

2. ศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดจากกิจกรรมการดูแล เพื่อพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้มีความพร้อมในการดูแล และมีความสามารถในการคาดการณ์การดูแล

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และทุนพัฒนาบุคลากร จากวิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา

### References

1. Alzheimer's Association. 2015 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2015;11(3): 332-84.
2. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7(3):263-9.
3. Muangpaisan W. Prevention assessment and care for dementia's patients. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Parppim; 2016.
4. Jenkins C, Ginesi L, Keenan B. Dementia care at glance. United States: John Wiley & Sons; 2016.
5. Sangsarnwat C, Factor predicting quality of life of older adults with cognitive impairment [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011.
6. Morathop N, Kanchanakijisakul C, Pannarunothai S, Prachuabmoh V, Satayavongtip P. Role of family caregivers for the elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Nursing and Health Science* 2012;6(2): 122-31. (in Thai)
7. Tangchurat S. A comparative study of burdens and stress between relative and non-relative caregiver of Alzheimer's disease patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/66412>
8. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2017. Nakornpathom: Printery; 2017. (in Thai)
9. Prombut P, Piaseu N, Sakunhongsophon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013;20(1): 82-6. (in Thai)
10. Samartkit N, Kasemkitvattana S, Thosingha A, Vorapongsathorn T. Caregiver role strain and rewards: caring for Thais with a traumatic brain injury. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2010;14(4):297-314.
11. Limsakul W, Ngangjuui U, Suksoda A. Effects of counseling in caregivers on the ability in activities of daily living of people with dementia and caregivers' stress. *Thai Journal of Nursing* 2014;63(4):35-41. (in Thai)
12. Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia. Alzheimer's Disease International [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 10]; Available from <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf>



ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล  
กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

13. Chan SW. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011;30(6):469-78. doi: 10.1159/000322086.
14. Ondee P, Panitrat R, Pongthavomkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2013;17(2):167-80.
15. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictor of caregiver role strain. *Res Nurs Health* 1990;13(6):375-84.
16. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncol Nurs Forum* 2008;35(1):49-56.
17. Shyu YL, Yang C, Huang C, Kuo H, Chen S, Hsu W. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. *J Nurs Res* 2010;18(3):155-63.
18. Yang C, Liu H, Shyu YL. Dyadic relational resources and role strain in family caregivers of persons living with dementia at home: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2014;51(4):593-602.
19. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The relationships between mutuality, predictability and caregiver role strain in older persons with parkinson's disease. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):235-45. (in Thai)
20. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory [dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University;2002.
21. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J, Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(5):594-600.
22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41(4):1149-60.
23. Songwattayanuy W. The study on the influences of mutuality, predictability of caregiving and personal factors relating to strain from direct care of patients with cerebrovascular disease on family caregivers. [thesis]. Bangkok: Mahidol University;2002.
24. Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
25. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018;19(1):191-200. (in Thai)
26. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. *Journal of Nursing Science and Health* 2015;38(2):54-64. (in Thai)
27. Longphasuk N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Health conditions and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Council* 2018;33(2):97-109. (in Thai)
28. Lawson RA, Collerton D, Taylor JP, Burn DJ, Brittain KR. Coping with cognitive impairment in people with Parkinson's disease and their carers: a qualitative study. *Parkinsons Dis* 2018. doi: 10.1155/2018/1362053. PMID: 29850013; PMCID: PMC5911314.
29. Roland KP, Jenkins ME, Johnson AM. An exploration of the burden experienced by spousal caregivers of individuals with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2010;25(2):189-93. doi: 10.1002/mds.22939.
30. Pinyopompanish M, Pinyopompanish K, Soontornpun A. Alzheimer's disease: holistic care and legal issues Chiangmai: Triking; 2019. (in Thai)