



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Factors Predicting Quality of Life among Caregivers of Older Persons with Dementia

| | | | | | |
|---------|-------------|----------|------------|------------|-----------|
| ณัฐวรรณ | พินิจสุวรรณ | พย.ม.* | Nuttawan | Pinijsuwan | M.N.S.* |
| กนกพร | สุคำวัง | พย.ต.** | Khanokporn | Sucamvang | D.NS** |
| ภารดี | นานาศิลป์ | ปร.ต.*** | Paradee | Nanasilp | Dr.P.H*** |

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ต่อเนื่องและเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้ทราบแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ภาระของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1997) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 158 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of life assessment instrument: WHOQOL – BREF – THAI) แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของซาริท (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck depression Inventory) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 102.38, S.D. = 14.93$) ในขณะที่ภาระของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 20.33, S.D. = 13.07$) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 135.45, S.D. = 19.33$) และภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x} = 7.03, S.D. = 4.21$)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .845$) ภาระของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.808$ และ $r = -.847$ ตามลำดับ)

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
 * Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, donutjung123@hotmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



3. แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 76.6 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 72.9 ขณะที่ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 76.6 ส่วนภาระของผู้ดูแลไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถบ่งบอกความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ปัจจัยทำนาย ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Dementia in older persons is a progressive and chronic condition that affects the quality of life of caregivers. The study of predicting factors among caregivers can present ways to better support them. This predictive correlational descriptive research aimed to determine factors for predicting quality of life among caregivers of older persons with dementia. Factors included burden, social support and depression of caregivers. The conceptual framework for this study was The World Health Organization's Quality of Life and related literatures. 158 caregivers of older persons with dementia attending the memory clinic, Out Patient Department of Chiang Mai Neurological Hospital were purposively sampled. The research instruments were a demographic data recording form, the Brief Form of World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL – BREF [Thai version]), the Zarit Burden Interview (Thai version), the Social Support Questionnaire and the Beck Depressive Inventory (Thai version). Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results of the study revealed that:

1. Overall quality of life of caregivers was at a good level (\bar{x} = 102.38, S.D. = 14.93) whilst overall burden was at a low level (\bar{x} = 20.33, S.D. = 13.07). Overall social support was at a high level (\bar{x} = 135.45, S.D. = 19.33) and overall depression was at a normal level (\bar{x} = 7.03, S.D. = 4.21).

2. Social support of caregivers had a statistically significant positive correlation with quality of life of caregivers at level .01 (r = .845). There was a statistically significant negative correlation at level .01 between burden, depression and quality of life among caregivers (r = -.808 and r = -.847 respectively).

3. Social support together with depression of caregivers could predict quality of life of caregivers at 76.6% and at a significant level of .001. while social support separately predicted quality of life at 72.9% and depression could predict caregiver's quality of life at 76.6 %. However the burden of caregivers could not predict their quality of life.



The results of this study provide indications of the support required for caregivers of older persons with dementia. They also provide a means to develop a model to promote caregivers quality of life.

Key words: Quality of life, factors predicting, caregivers, older persons with dementia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระการดูแลที่เรื้อรัง ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง มีความเสื่อมของความจำ สติปัญญา การรับรู้ และบุคลิกภาพ รวมถึงปัญหาทางระบบประสาท (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2546; Alzheimer's Association, 2012) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ความสามารถในด้านการทำกิจวัตรประจำวันลดลงไปเรื่อยๆ สูญเสียสถานภาพทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมถึงความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง จนถึงในระยะเวลาท้ายๆ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลมักได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996,1997) ที่กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ผู้ดูแลควรได้รับความสนใจและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากหากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาจจะทำให้เกิดการละทิ้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแลด้วย (Thomas et al., 2006) คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะดีหรือไม่นั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่มีมาเกี่ยวข้อง โดยพบว่าภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำได้มาก

และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงและแก้ไขได้

ในปัจจุบันแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี จากปีพ.ศ.2503 – พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน เป็น 7.6 ล้านคน และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน (สมศักดิ์ ชุมนทรัพย์, 2553) และในผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มมากขึ้นจึงสามารถคาดการณ์ได้ว่า แนวโน้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น และเป็นการศึกษา ในต่างประเทศ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเลือกปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำได้มาก และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงและแก้ไขได้ซึ่งได้แก่ ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยผลการศึกษาอาจมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใด
2. ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยด้านภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996, 1997) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วินัยธรรม ค่านิยม และเป้าหมาย ในชีวิตของแต่ละบุคคล มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิต โดยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นงานที่หนักและต่อเนื่อง ใช้เวลาในการดูแลมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแล และมีภาวะซึมเศร้า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ไม่ได้ได้อย่างโดดเดี่ยว หรือถูกทิ้ง ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความมั่นใจว่า จะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นไปได้ได้อย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษา ที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม 2557 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล (Burns & Grove, 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่น $p = .01$ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย จำนวน 158 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติกำหนดคือ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์เป็นสามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือเป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆในการดูแล 2) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 3) อายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สื่อสารได้ตอบรู้อเรื่อง สามารถฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้



6) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life assessment instrument: WHOQOL – BREF – THAI) ฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, วิระวรรณ ตันตพิพัฒน์สกุล, และ ราณี พรมานะจรัสกุล (2540)
- 3) แบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของซาริท (Zarit burden interview) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยชญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554)
- 4) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ศิริณานันทพงษ์ (2542)
- 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck depression Inventory [BDI-IIa]) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) และได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 .86 .84 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์ตามโครงสร้างตามแบบสัมภาษณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่
2. ผู้วิจัยทำหนังสือ จากคณบดีคณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัยกับผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่

3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแล้วเข้าพบเพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จนเข้าใจอย่างละเอียด อ่านข้อคำถามและข้อคำตอบที่ละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และเป็นผู้บันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในช่องคำตอบ

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.85 อยู่ในวัยกลางคน ร้อยละ 82.28 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.89 เรียนหนังสือ ร้อยละ 99.37 โดยพบว่าศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.31 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.68 โดยพบว่าประกอบอาชีพค้าขายหรือเป็นเจ้าของกิจการมากที่สุด ร้อยละ 31 กลุ่มตัวอย่างพักอยู่ในที่พักอาศัยของตนเอง ร้อยละ 95.57 บทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 58.86 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 4 คน ร้อยละ 28.48 รายได้หลักของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 41.77 มาจากตัวผู้ดูแลเอง โดยร้อยละ 81.01 มีรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย



เมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วยจะมีสามีคอยดูแล ร้อยละ 34.81 และไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 49.37 ผู้ดูแลมีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 67.10 ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.78 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแลพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 51.90 เพศหญิงร้อยละ 48.10 ส่วนใหญ่เป็น วัยสูงอายุตอนต้นร้อยละ 58.23 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางร้อยละ 50

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ ส่วนคะแนนภาวะของผู้ดูแลโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 20.33 คะแนน ส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.48 ขณะที่คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 135.45 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.67 และคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 7.03 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 73.42

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) และค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R²) เมื่อเพิ่มตัวแปรเข้าทีละตัว

| ตัวแปร | R | R ² | R ² change | F |
|---------------------|------|----------------|-----------------------|------------|
| แรงสนับสนุนทางสังคม | .854 | .729 | .729 | 419.737*** |
| ภาวะซึมเศร้า | .875 | .766 | .037 | 24.862*** |

*** P < .001

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้สูงสุด รองลงมาคือภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบของคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .362 และ -1.494 ตามลำดับ ในรูปแบบคะแนน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ภาวะของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.808, P < .01$) และ ($r = -.847, P < .01$) ตามลำดับ ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .854, P < .01$)

อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบขั้นตอนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้ร้อยละ 76.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้ามีอำนาจการทำนายร้อยละ 76.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

มาตรฐาน () เท่ากับ .479 และ .442 ตามลำดับ มีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 63.784 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 10.598 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน () ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายของปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

| ตัวแปร | b | | t |
|---------------------|--------|------|-----------|
| แรงสนับสนุนทางสังคม | .362 | .479 | 5.665*** |
| ภาวะซึมเศร้า | -1.494 | .422 | -4.986*** |

A = 63.784 ; SE_{est} 10.598

*** P < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถอภิปรายได้ตามคำถามการวิจัยดังนี้

1. คุณภาพชีวิต ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ภาวะของผู้ดูแลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีเครือข่ายทางสังคมมาก ทำให้มีโอกาสได้รับการแบ่งเบาภาระและได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่นๆได้ง่าย และวัยนี้เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะในการรับรู้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในปริญญาตรี ทำให้เกิดความเข้าใจอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการตัดสินใจในการเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างรอบครอบ เกิดการยอมรับบทบาท และมีการปรับตัวได้ดี (Burke & Flasherty, 1993) และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.09 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในสังคมไทยมีการปลูกฝังเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลบิดามารดาของตนเป็นภาระ กลับมีความรู้สึกเป็นสุข รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่องคำชมจากผู้อื่น และประทับใจกับสิ่งที่ดีในชีวิต (Kespichayawattana, 1999) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี ภาวะของผู้ดูแลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยเกี่ยวกับรายได้นั้น อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ รายได้ที่เพียงพอกับการใช้จ่ายภายในครอบครัว จะลดปัญหาทางการเงิน และรายได้ที่ไม่เพียงพอที่อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ (สรยุทธ วาสิกานานท์, 2547) ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา การดูแลผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกัน คือผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มนี้ มักมีสูญเสียความสามารถในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และมีพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของการรับรู้ ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มนี้ต้องรับภาระในการดูแลจนทำให้เกิดการสูญเสียรายได้จากงานประจำ ซึ่งรายได้ที่ไม่เพียงพออาจก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้ จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81 มีรายได้ที่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี และภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ สนับสนุนการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ และการศึกษาของ วรณภา ด่านธนวนิช ดาราวรรณ ต๊ะปันทา และขวัญพนม ธรรมไทย (2553) เรื่องภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.02 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้



จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 51.58

เพศเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยค่านิยมของคนไทยมองว่าเพศหญิงมีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทที่ถูกมอบหมายและปลูกฝังมากกว่าเพศชาย อาจทำให้เกิดการปรับตัวได้ง่ายกว่าเพศชาย และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปกติ สนับสนุนจากการศึกษาของ วรรณภา ด้านธนวานิช และคณะ (2553) ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.02 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.16

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี และภาวะของผู้ดูแลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้จาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาคั้งนี้ มีระดับความรุนแรงอยู่ในระยะกลางร้อยละ 50 ซึ่งในระยะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และมีความต้องการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะ ผู้ดูแลจึงพอมีช่วงเวลาที่ จะพักผ่อนและทำกิจกรรมอื่นๆ ได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 - 5 คน อาจทำให้ผู้ดูแลจะมีผู้ที่การช่วยเหลือในด้านสนับสนุนในเรื่องของการได้รับความรักจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่าง ๆ ในยามที่มีปัญหาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่าได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ดังเช่นการศึกษาของ ทีประพิน สุขเขียว (2543) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 98 มีสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน และจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 มีสถานภาพสมรสคู่ คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะช่วยดูแล ประคับประคองด้านอารมณ์แก่กันในยาม

ที่เจอเหตุการณ์วิกฤติทำให้ผู้ดูแลปรับตัวเข้ากับ ความเครียดได้ดี จึงทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปกติ และสนับสนุนจากการศึกษาของ วรรณภา ด้านธนวานิช และคณะ (2553) เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.02 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.05 และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลกลุ่มนี้ อาจมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุลดลงได้ สนับสนุนจากการศึกษาของ ทีประพิน สุขเขียว (2543) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล ($r = -.378$, $P < .01$) จึงส่งผลให้ภาวะของผู้ดูแลเฉลี่ยในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยที่สนับสนุนให้กลุ่มผู้ดูแลในการศึกษาคั้งนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีภาวะของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปกติ จากการศึกษาของ โคเอน และคณะ (Coen, O'Boyle, Coakley, & Lawlor, 2002) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะของผู้ดูแลในระดับต่ำและระดับสูง พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลสูง มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลต่ำ และผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลสูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.37$, $p < .0001$) แรงสนับสนุนทางสังคมก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มนี้อยู่ในระดับดี การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.67 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่ากลุ่มผู้ดูแลกลุ่มนี้ อาจมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย และให้กำลังใจเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่ม



ตัวอย่างอยู่ในระดับที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = .37, P < .05$) และการศึกษาของ ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550) เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = .308, P < .01$) ไม่มีภาวะซึมเศร้า อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปกติ จากการศึกษาของ ทาคาอิ และคณะ (Takai et al., 2011) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = -0.59, P < .01$)

2. ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ อย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .845$) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการมีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย และให้กำลังใจเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ทำให้มีการรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1997) เพิ่มขึ้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอยู่ในระดับดี ดังเช่นการศึกษาของ วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) เรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = .37, P < .05$) และการศึกษาของ ศิริพรรณ

ปิติมานะอารี (2550) เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = .308, P < .01$)

ในส่วนของการภาวะของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.808$ และ $-.847$ ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า ภาวะของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอยู่ในระดับไม่เป็นภาวะและระดับปกติตามลำดับ จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในด้านจิตใจ (psychological health) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1997) เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอยู่ในระดับดี สนับสนุนจากการศึกษาของ โคเอน และคณะ (Coen et al., 2002) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะของผู้ดูแลในระดับต่ำ และระดับสูง พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลสูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลต่ำ และผู้ดูแลที่มีภาวะของผู้ดูแลสูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.37, p < .0001$) และการศึกษาของ ทาคาอิ และคณะ (Takai et al., 2011) เรื่องการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = -.590, p < .01$)

3. ปัจจัยด้านภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร

ในการศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนาย แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ร้อยละ 76.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขณะที่ภาวะของผู้ดูแล ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ปัจจัยตัวแรกที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้คือ



แรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 72.9 ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .845$) จึงคาดการณ์ได้ว่าผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับดีด้วยเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ โดยหากผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คาดการณ์ได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันได้ ดังเช่นการศึกษาของ วันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล (2550) เรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .134, P < .05$) และการศึกษาของ ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550) เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 8.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .085, P < .005$)

ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตัวที่สอง ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการศึกษานี้ได้ โดยมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 3.7 อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ครั้งนี้อยู่ในระดับปกติ และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้ง นี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.847$) จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ โดยหากผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า จะทำให้คาดการณ์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามได้ ดังเช่นการศึกษาของ ทาคาอิ และ

คิมะ (Takai et al., 2011) เรื่องการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 118 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้ร้อยละ 37 ($R^2 = -.37, P < .001$)

ส่วนภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ อยู่ในระยะแรกถึงระยะกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อาจทำให้หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลได้ ความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระ ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะของผู้ดูแลจึงถูกปัจจัยด้านอื่นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงกว่าคือ แรงสนับสนุนทาง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ให้บดบังอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิต ภาวะของผู้ดูแลจึงไม่ถูกคัดเลือกในการร่วมสมการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในคลินิก ความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ในระยะปานกลาง ที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางกิจกรรมที่ซับซ้อนเท่านั้น ผลการศึกษาจึงไม่อาจเป็นตัวแทนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการวางแผนก่อนการดูแลเพื่อลดภาระของผู้ดูแล เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เป็นข้อมูลสนับสนุนเนื้อหาทางวิชาการเกี่ยวกับ



ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารเพื่อพิจารณาหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำปัจจัยตัวอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ระดับ

ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล มาศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซ้ำในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ทีปประทีน สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วรรณณา ต่านธรวานิช, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ ขวัญพนม จนนมไทย. (2553). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา. *พยาบาลสาร*, 37(1), 129-140.
- วันเพ็ญ อึ้งวัฒน์ศิริกุล. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริณา นันทพงษ์. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สรยุทธ์ วาลิกานนท์. (2547). *โรคซึมเศร้า*. ใน พิเชษฐ อุดมรัฐ (บรรณาธิการ), *ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย*. สงขลา: ลิมบราเดอร์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และ ราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 24 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.



- อรรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2546). คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์: ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคลินิก*, 19(6), 473-477.
- Alzheimer's Association. (2012). 2012 Alzheimer's disease fact and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8(2), 131-68. doi:10.1016/j.jalz.2012.02.001
- Burke, M., & Flasherty, M. J. (1993). Coping strategies and health of elderly arthritis women. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 7-13.
- Burns, N., & Grove, S. K.. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Missouri: Saunders.
- Coen, R. F., O'Boyle, C. A., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2002). Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 13(3), 164-170.
- Kespichayawattana , J. (1999). *Katanyu katavedi and caregiving for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in metropolitan Bangkok, Thailand*. School of Nursing: Oregon Health Sciences.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life. *Psychogeriatric*, 11(2), 98-104.
- Thomas, P., Lalloue, F., Preux, P., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., . . . Clement, J. P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 50-56.
- The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, scoring and generic version of assessment, field trail version*. Geneva: World Health Organization.
- The WHOQOL Group. (1997). *WHOQOL measuring quality of life*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Translated Thai Referances

- Toonsiri, C., Sunsern, R., and Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75. (in Thai)
- Sukkeo, T. (2000). *Social support and burden among caregivers of the Schizophrenic patients*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (in Thai)
- Seesuy, F. (2007). *Quality of life of caregivers in patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Faculty of Medicine. (in Thai)
- Sriyong, M. (1979). *The Beck Depression Inventory-Thai version*. (BDI-Thai version). Bangkok : Ramkhamhaeng University, Faculty of Education. (in Thai)
- Dantanawanich, W., Thapinta, D., and Thummathai, K. (2010). Depression and related factors among caregivers of children with intellectual disability. *Nursing Journal*, 37(1), 129-140. (in Thai)



- Ungwattansirikul, W. (2010). *Predicted factors of quality of life in family caregiver of person with cancer receiving chemotherapy*. (Master's thesis). Mahidol University, Faculty of Nursing. (in Thai)
- Nuntapong, S. (1999). *Social support of caregivers of Schizophrenic patients*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (in Thai)
- Pitimana-aree, S. (2010). *Predicted factors of quality of life in family caregivers of surgical oncology patients*. (Master's thesis). Mahidol University, Faculty of Nursing. (in Thai)
- Prasat Neurological Institute. (2011). *Clinical practice guideline for dementia*. Nonthaburi : Ministry of Public health. (in Thai)
- Wasignanon, S. (2004). *Depression in Udomrat, P. (Ed.), Epidemiology of Mental health problems Psychiatric disorder in Thailand*. Songkhla: Lim Brader. (in Thai)
- Chunharas, S. (2010). *Situation of the Thai elderly 2009*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (in Thai)
- Mahatnirankul, S., Pumpisanchai, V., Wongsuwan, K., Tuntipivatanakul, W., and Pornmanarang, W. (1998). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items)*. Chiang Mai: Suanprung Hospital. (in Thai)
- Vejjajiva, A. (2003). Clinical practice: Dementia. *Clinic*, 19(6), 473-477. (in Thai)