



## สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ทั้งหมดจำนวน 140 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติจำนวน 98 คน และ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติจำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบทดสอบบุคลิกภาพMPI, แบบวัดภาวะและความเครียด, และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลโดยรวม พบว่าผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีจำนวนทั้งหมด 140 คน โดยมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.3 และมีอายุอยู่ในช่วง 40 – 59 ปี ร้อยละ 44.3 ตามลำดับ มีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 96.4 และ 97.9 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีการศึกษาอยู่ในระดับประถม ร้อยละ 36.4 มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 45.7 และมีความสัมพันธ์เป็นลูกกับผู้ป่วยร้อยละ 45.7 ผู้ดูแลส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 35.7 และมีรายได้อยู่ในช่วง 4,000 – 10,000 บาทต่อเดือนโดยมีระดับความเพียงพอของรายได้ อยู่ระดับพอใช้และมีเงินเก็บ ร้อยละ 58.6 ผู้ดูแลเกินกว่าครึ่งไม่มีปัญหาอื่น ๆ นอกจากปัญหาที่เกิดจากอาการป่วยของผู้ป่วย ร้อยละ 65.7 มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.7 ผู้ดูแลผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนั้นไม่เคยเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน คือร้อยละ 92.9 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 70 ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีผู้สับเปลี่ยนระหว่างช่วงที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 65 และมีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 54.3 และดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาระหว่าง 1 ปี – น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 35.7 เหตุผลที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อทดแทนบุญคุณผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 62.9

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นญาติ ผู้ดูแลที่เป็นญาติทั้งหมดมีจำนวน 98 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 53.1 มีเชื้อชาติไทยนับถือศาสนาพุทธ คือร้อยละ 94.9 และ 96.9 ตามลำดับ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีคือร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์เป็นลูกของผู้ป่วยร้อยละ 65.3 ประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 28.6 รายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.1 มีระดับของรายได้ อยู่ในระดับพอใช้และมีเงินเก็บ ร้อยละ 63.3

และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติเกินกว่าครึ่งไม่มีปัญหาใดๆเกิดขึ้นระหว่างการดูแล นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดจาก อาการป่วยของผู้ป่วยและมีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวใดๆ คิดเป็นร้อยละ 65.3 และ 64.3 นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อนคือร้อยละ 92.9 โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 69.4 และไม่มีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วยคือร้อยละ 66.3 ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1ปี และระหว่าง1ปี-น้อยกว่า 3 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 31.6 เท่ากัน ซึ่งเหตุผลที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือ เพื่อทดแทนบุญคุณผู้สูงอายุร้อยละ 78.6

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาตินั้นมีทั้งหมด 42 คนซึ่งเป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 95.2 อายุอยู่ระหว่าง 20 – 39 ปีเป็นส่วนมาก ร้อยละ 76.2 มีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาอยู่ในระดับประถมร้อยละ 52.4 และมีสถานภาพสมรสเป็นโสดร้อยละ 59.5 มีความสัมพันธ์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดและมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 95.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 4,000 – 10,000 บาทร้อยละ 69 และมีความเพียงพอของรายได้ระดับพอใช้และมีเงินเก็บร้อยละ 47.6 นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอื่น ๆ เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วยนอกจากปัญหาจากอาการป่วยของผู้ป่วยร้อยละ 66.7 และมีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69 โดยเกือบทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อนร้อยละ 92.9 ในแต่ละวันใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย มากกว่า 12 ชั่วโมงคือร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่คือร้อยละ 59.5 ไม่มีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแลผู้ป่วยและไม่มีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 73.8 ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาระหว่าง 1ปี-น้อยกว่า 3 ปีเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 45.2 โดยเหตุผลที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือ เพื่อรับค่าตอบแทนร้อยละ 73.8

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ทั้งหมด 140 คน โดย 3 ใน 4 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิงคือร้อยละ 75 และมีอายุอายุ 70- 74 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.9 มีเชื้อชาติไทยร้อยละ 88.6 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.7 มีการศึกษาอยู่ระดับประถมร้อยละ 57.9 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยกว่าครึ่งเป็นม่ายร้อยละ 50.7 และป่วยมาเป็นระยะเวลา 2 ปี - น้อยกว่า 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 45 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางร้อยละ 55 และสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวใดๆร้อยละ 62.9

5. ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลโดยรวมจำนวน 140 คนมีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัวและไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์เป็นส่วนมาก คือร้อยละ 65 และ 63.6 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติแล้วพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัวร้อยละ 68.4 และไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ร้อยละ 63.3 ในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาตินั้นพบว่าส่วนมากแล้วผู้ดูแลจะมีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัวคิดเป็นร้อยละ 57.1 และบุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ร้อยละ 64.3

6. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 67.9 ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่อยุติ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนมากคือร้อยละ 62.4 และร้อยละ 81 ตามลำดับ

7. ภาวะของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเกิดภาวะจากการดูแลผู้ป่วยโดยคิดเป็นร้อยละ 96.4 ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้นพบว่าส่วนใหญ่เกิดภาวะขึ้นคือร้อยละ 94.2 และผู้ดูแลที่ไม่ใช่อยุติเกิดภาวะคิดเป็นร้อยละ 100

8. ความเครียดของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลโดยรวมเกิดความเครียดร้อยละ 52.9 โดยผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่ไม่เกิดความเครียดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 57.1 แต่ผู้ดูแลที่ไม่ใช่อยุติมีความเครียดร้อยละ 76.2

9. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่อยุติกับการเกิดภาวะและความเครียด พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่อยุติไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ แต่พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่อยุติมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### 10. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับภาวะของผู้ดูแล

10.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับภาวะของผู้ดูแลโดยรวม ผลแสดงว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมี 2 ปัจจัย คือ อาชีพของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ทางด้านปัจจัยในตัวผู้ป่วยนั้นพบว่าปัจจัยในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับภาวะของผู้ดูแลที่เป็นญาติ พบว่าปัจจัยในตัวผู้ดูแลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลที่เป็นญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  แต่ปัจจัยในตัวผู้ป่วยนั้นไม่พบว่ามีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะในผู้ดูแลที่เป็นญาติ

10.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับการเกิดภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่อยุติ ส่วนของปัจจัยในตัวผู้ดูแลนั้นพบว่า คะแนนภาวะของปัจจัยเกี่ยวกับอายุ, สุขภาพผู้ดูแลและเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ในส่วนของปัจจัยในตัวผู้ป่วยพบว่า คะแนนภาวะของปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  และคะแนนภาวะของปัจจัยเกี่ยวกับเพศของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

## 11. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแล

11.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลโดยรวม พบว่าปัจจัยในตัวผู้ดูแลด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิด ความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  และการมีผู้สืบเปลี่ยน ระหว่างการดูแล, ปัญหาจากการดูแล, อาชีพ, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและอายุผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  เมื่อพิจารณา ส่วนของปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับการเกิด ความเครียดแล้วพบว่าปัจจัยด้านอายุและความรุนแรงของโรคสัมพันธ์ กับความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

11.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติ จากปัจจัยในตัวผู้ดูแลพบว่าอาชีพและรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับ ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ  $p < .01$  และปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดระหว่าง การดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  แต่ไม่พบว่ามี ปัจจัยใดในตัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

11.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอายุ, ปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วย, เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน, บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัวและชอบแสดงตัวนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิด ความเครียดในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับ รายได้ต่อเดือน, สุขภาพของผู้ดูแลและการมีผู้สืบเปลี่ยนระหว่างการดูแลมีความสัมพันธ์กับการ เกิดความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ส่วนปัจจัยตัวผู้ป่วย นั้นพบว่าอายุและสถานภาพสมรสของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิด ความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  และปัจจัยเกี่ยวกับการศึกษาของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$

## 12. ปัจจัยที่ทำนายภาวะของผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน ซึ่ง สรุปผลได้ดังนี้

12.1 ปัจจัยที่ทำนายภาวะของผู้ดูแลโดยรวม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับไม่สูงมากนักกับการเกิดภาวะของผู้ดูแลโดยรวม ( $r = .346$ ) ซึ่ง สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  โดยทำนายได้ร้อยละ 12 ( $R^2 = .120$ )

12.2 ปัจจัยที่ทำนายภาวะของผู้ดูแลที่เป็นญาติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะผู้ดูแลที่เป็นญาติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะของผู้ดูแลที่เป็น

ญาติในระดับต่ำ ( $r = .280$ ) และสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  โดยทำนายได้เพียงร้อยละ 7.8 เท่านั้น

12.3 ปัจจัยที่ทำนายภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  คือ สถานภาพสมรสของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ได้แก่ อายุของผู้ป่วย, เพศของผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วย โดยตัวพยากรณ์ทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของการเกิดภาวะได้ร้อยละ 59.2 ( $R^2 = .592$ )

### 13. ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแล

13.1 ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแลโดยรวม พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  คือ ปัญหาของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งตัวพยากรณ์ทั้งสองรวมกันอธิบายความแปรปรวนของการเกิดความเครียดของผู้ดูแลโดยรวมได้ร้อยละ 21.2 ( $R^2 = .212$ )

13.2 ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติ คือ ปัญหาของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในระดับปานกลาง ( $r = .361$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  และสามารถอธิบายการเกิดความเครียดได้ร้อยละ 13 ( $R^2 = .130$ )

13.3 ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  คือ ปัญหาของผู้ดูแล, อายุผู้ดูแลและสุขภาพผู้ดูแล ซึ่งตัวพยากรณ์ทั้งสามสามารถทำนายการเกิดความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติได้ร้อยละ 52.9 ( $R^2 = .529$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่พ่ายผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ทั้งหมดเป็นจำนวน 140 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติ 98 คน และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติจำนวน 42 คน ซึ่งทำการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลทุกคนที่พ่ายผู้ป่วยมาตรวจในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล มีประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

## 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่วญาติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นเพศหญิง<sup>(86,87,88,89)</sup> โดยผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้นเป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 และกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาตินั้นเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 95.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีบทบาททางสังคมในการรับผิดชอบดูแลงานบ้านและสมาชิกในครอบครัว และเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล มีลักษณะเป็นพยาบาลประจำบ้านที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวด้านงานบ้านและด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย<sup>(90)</sup> ในส่วนของอายุผู้ดูแลนั้นพบว่าอายุของผู้ดูแลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 – 59 ปี ซึ่งคล้ายกับอายุของผู้ดูแลที่เป็นญาติที่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 59 ปีเช่นเดียวกัน และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติมีความสัมพันธ์เป็นลูกกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 65.3 ที่เป็นเช่นนี้เพราะในสังคมไทยมักมีการปลูกฝังให้ลูกหลานมีความกตัญญูต่อบุพการี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุตรจึงเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และเมื่อพิจารณาด้านอายุผู้ป่วยร่วมด้วยจะพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติจะดูแลผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 43.9 ซึ่งหากผู้ป่วยมีบุตรอายุก็จะอยู่ในช่วง 40 – 59 ปีพอดี อีกทั้งช่วงอายุของผู้ดูแลดังกล่าวส่วนมากจะสมรสแล้ว ซึ่งตรงกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คือ ร้อยละ 48 ในส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาตินั้นพบว่ามีความสัมพันธ์เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 39 ปีมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 59.9 และมีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 39 ปี ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีอายุช่วงนี้อาจยังไม่ได้สมรสจึงยังมีสถานภาพเป็นโสด ประกอบกับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นอาจต้องใช้เวลาในการดูแลตลอดทั้งวัน ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่วญาติ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วยนั้นมีครอบครัวแล้ว ก็ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่เพราะมีภาระอื่นๆอีก จึงพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดจะถูกว่าจ้างมาทำหน้าที่ผู้ดูแลมากกว่า ด้านการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติจะจบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนมากคือร้อยละ 36.7 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 บาทขึ้นไปและประกอบอาชีพรับราชการ ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาตินั้นพบว่าโดยมากจบการศึกษาระดับประถม ประกอบอาชีพรับจ้างและมีเงินเดือนอยู่ในช่วง 4,000 – 10,000 บาท แม้รายได้จะแตกต่างกันแต่พบว่าระดับความเพียงพอของรายได้นั้นอยู่ในระดับเดียวกันคือพอใช้และมีเงินเก็บ นอกจากนี้ปัจจัยเกี่ยวกับระดับความพอเพียงของรายได้และเพศของผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว ยังพบผลที่น่าสนใจคือ ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่วญาตินั้นมีปัจจัยในตัวผู้ดูแลกับปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายกันหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง, ไม่มีปัญหาอื่น ๆ เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย, สุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวใดๆ, ไม่เคยรับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน, ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน, ไม่มีผู้สับเปลี่ยนระหว่างการดูแล, ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 1 ปี - น้อยกว่า 3 ปี, มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง, มีบุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่าบุคลิกภาพแบบ

มีความมั่นคงทางอารมณ์ และปัจจัยในตัวผู้ป่วยได้แก่ ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนมากแล้วดูแลผู้ป่วยเพศหญิง, มีการศึกษาระดับประถม, มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและมีสุขภาพแข็งแรงดี

## 2. ปัจจัยต่างๆเกี่ยวกับการเกิดภาวะ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติกับการเกิดภาวะ พบว่า การเกิดภาวะในผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 94.9 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความคล้ายคลึงกันของปัจจัยต่างๆในตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งมีอยู่หลายปัจจัย เช่น เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย, ไม่เคยรับการอบรมมาก่อน, ดูแลผู้ป่วย 8 -12 ชั่วโมงต่อวันและปัจจัยเกี่ยวกับระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยมาเป็นเวลา 2 ปี - น้อยกว่า 5 ปี และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่มีคะแนนเฉลี่ยภาระสูงก็ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 5 ปีถึง 8 ปี การดำเนินโรค ในช่วงดังกล่าว มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (Middle stage)<sup>(41)</sup> จะปรากฏอาการเสื่อมถอยทางความจำมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถจำบุคคล, เวลาและสถานที่ได้และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆมากขึ้น เช่น การทานอาหาร การแต่งตัวหรือการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่วุ่นวายเพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมากดังจะเห็นได้จากคะแนนภาระของผู้ดูแลที่มากทั้งสองกลุ่มและอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เกิดภาวะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และฮาโรวิทซ์ (Harowitz A. อ้างจาก คมสัน แก้วระยะ)<sup>(91)</sup> ยังได้กล่าวไว้ว่า เมื่อผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแล จึงเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากบทบาทหน้าที่ตามปกติ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์นั้นผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติเมื่อมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ต่างต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนานั้น ภาระของทั้งสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยกับการเกิดภาวะในผู้ดูแลที่เป็นญาติด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยในตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะในผู้ดูแลที่เป็นญาติได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลดังกล่าวได้สนับสนุนการศึกษาของเฟื่องลดดา เคนไชยวงศ์<sup>(89)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ หากแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นภาระก็จะลดน้อยลง นอกจากนี้ ยังพบว่า แรงสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว สามารถทำนายภาระได้โดยผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมากจะเกิดภาวะในระดับต่ำ<sup>(72,92)</sup> การศึกษาของทอมป์สันและคณะ

<sup>(93)</sup> พบว่าภาระของผู้ดูแลจะลดลงหากผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ เช่น วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย, การช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากคนสนิทหรือครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าแม้งานดูแลผู้ป่วยจะตกอยู่กับผู้ดูแลหลักแต่การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีโอกาส พัก

ผอน ออกไปข้างนอกเพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ ทำให้ภาวะของผู้ดูแลลดลง<sup>(94)</sup> แต่ความสัมพันธ์ของปัจจัยจากการทดสอบ Chi-square เท่านั้นยังไม่สามารถจะทำนายการเกิดภาวะของผู้ดูแลที่เป็นญาติได้ จึงได้ทำการทดสอบโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ให้เห็นว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีอิทธิพลต่อภาวะในผู้ดูแลที่เป็นญาติไม่น้อยเพียงใด ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะในระดับต่ำ ( $R=.280$ ) สามารถอธิบายการเกิดภาวะได้เพียงร้อยละ 7.8 ( $R^2=.078$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$

ในส่วนของการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อดูความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติในแต่ละปัจจัยแล้วพบว่าปัจจัยด้านอายุผู้ดูแล, สุขภาพผู้ดูแล, เวลาในการดูแลผู้ป่วย, อายุผู้ป่วย, สถานภาพสมรสผู้ป่วย, ระยะเวลาที่เป็นโรคและเพศของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านอายุผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 39 ปีจะมีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 59 ปี แสดงว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะเกิดภาวะได้มากกว่า ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์ริชและสเฟด<sup>(95)</sup> และเกย์เนอร์<sup>(96)</sup> ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะเกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก เนื่องจากอายุเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะทั้งด้านภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ<sup>(97)</sup> ผู้ดูแลที่มีอายุมากผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามาก ทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ารับรู้ถึงภาวะน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย<sup>(98)</sup> หากพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพประกอบเข้าไปแล้วพบว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพแข็งแรงดีส่วนใหญ่อยู่ในอายุช่วง 20 – 39 ปีถึงร้อยละ 75.9 เกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ค่อยดีจะมีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพแข็งแรงดี เพราะตนเองก็ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน และเนื่องจากโรคอัลไซม์เมอร์จะมีความผิดปกติทางสมองเป็นส่วนใหญ่ แต่ร่างกายของผู้ป่วยยังแข็งแรงดี ภาระงานที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซม์เมอร์จึงไม่มีแบบแผนที่แน่นอนว่าจะต้องทำอะไร แต่การดูแลและการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องอาศัยความอดทน และทักษะในการแก้ปัญหาต่างๆมากกว่าการต้องอาศัยแรงกายในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เพิ่มตามอายุนั้นอาจมีความสำคัญกว่าสุขภาพของผู้ดูแล ดังนั้นจึงพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย, มีสุขภาพแข็งแรงดี กลับเกิดภาวะมากกว่า ต่างกับผู้ดูแลที่มีอายุมากที่มีประสบการณ์ในด้านต่างๆมากกว่าซึ่งทำให้มีความอดทนและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีกว่า

<sup>(98)</sup> ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและอายุของผู้ป่วยจะพบว่า ช่วงอายุของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลมีคะแนน



เฉลี่ยการเกิดภาวะมากที่สุดอยู่ในช่วง มากกว่า 75 ปีรองลงมาคือ 65-74 ปีและ 60-64 ปี ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอายุของผู้ป่วยที่มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะมากขึ้นด้วย และพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสเป็นมายทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะมากที่สุด ประเด็นนี้พิจารณาได้จากอายุเฉลี่ยของผู้หญิงที่มากกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นมาย และจากการพูดคุยกับผู้ดูแลตลอดการเก็บข้อมูลนั้นพบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมาอยู่นั้น ส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากลูกหรือคนในครอบครัวผู้ป่วยต้องออกไปทำงานนอกบ้านช่วงกลางวัน หากผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ก็ยังมีคู่สมรสของผู้ป่วยอยู่ให้การช่วยเหลือบ้าง เนื่องจากคู่สมรสของผู้ป่วยอยู่ในวัยชราเช่นเดียวกับผู้ป่วย ไม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงสามารถอยู่บ้านกับผู้ป่วย ทำการช่วยเหลือ อยู่เป็นเพื่อนผู้ดูแลและช่วยแก้ปัญหาต่างๆได้ทำให้คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะในปัจจุบันของสถานภาพสมรสผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนผลจากการศึกษาในสวนอายุของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะและความเครียดของผู้ดูแลคืออายุของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะและความเครียดมากกว่า<sup>(99)</sup> และพบว่าเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันและระยะในการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะที่ต่างกักัน โดยผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะสูง ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 8 - 12 ชั่วโมงต่อวัน อาจเป็นเพราะผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยช่วง 8 - 12 ชั่วโมง ต่อวันส่วนใหญ่ จะดูแลผู้ป่วยช่วงกลางวัน ซึ่งทุกคนในบ้านก็มีหน้าที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะสูงและพบว่าดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปีมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะสูงที่สุด ระยะเวลาดังกล่าวเป็นเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมานานจะมีภาระลดลง เช่น จาก วิภาวรรณ ชะอุ่ม<sup>(100)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาในการดูแลเป็นประสบการณ์ที่สำคัญ โดยระยะเวลาดูแลที่ยาวนาน ช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแล และเกิดเป็นความชำนาญในการปฏิบัติและยังพบความสัมพันธ์ทางลบของระยะเวลาในการดูแลกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>(101)</sup> นั่นคือ ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดน้อยลง แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่าผู้ดูแลที่ดูแลเป็นเวลานานมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะที่สูง ซึ่งพบผลที่สนับสนุนการศึกษาคั้งนี้ โดยการศึกษานี้ของ เกย์เนอร์<sup>(96)</sup> พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาได้มากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานและยังทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ทางลบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า<sup>(102)</sup> ซึ่งมีผู้อธิบายในประเด็นนี้ไว้ว่าหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบและต่อเนื่องเช่นในต่างประเทศ จะทำให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น แต่ในประเทศไทยการบริการสุขภาพในการติดตามให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมี

น้อย ยิ่งระยะเวลายาวนาน การได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ก็น้อยลง แม้ว่าบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะมีการปรับตัวแต่การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง ส่วนบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยไม่นานต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ที่ได้รับทำให้ต้องปรับตัว จึงพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานไม่ได้ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง<sup>(103)</sup> เมื่อทำการทดสอบเพื่อหาปัจจัยในการทำนายภาระในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติแล้วพบว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระในระดับปานกลางและสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเกิดภาระได้ร้อยละ 59.2

### 3. ปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในรายละเอียดนั้นพบว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ คือ เกิดความเครียดร้อยละ 76.2 ซึ่งพบลักษณะที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ ผู้ดูแลทั้งที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาตินั้นส่วนใหญ่จะดูแลผู้ป่วยที่ป่วยมาเป็นเวลา 2 ปี - น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งจะพบว่าการดำเนินของโรคในช่วงนี้ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและปรากฏอาการทาง จิตเวช (behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)) มากมายซึ่งสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก<sup>(104)</sup> โดยเฉพาะอาการทาง neuropsychiatric symptoms จะสร้างความเครียดให้ผู้ดูแลได้มากกว่าอาการทาง cognitive symptoms<sup>(105)</sup> อาการดังกล่าว เช่น ทำอะไรซ้ำซาก, เดินเพ่นพ่านไม่ยอมอยู่กับที่, เห็นภาพหลอน, มีอาการหวาดระแวง เป็นต้น<sup>(7)</sup> และเนื่องจากโรคนี้มีลักษณะการดำเนินโรคที่ช้าผู้ป่วยอาจป่วยมาเป็นเวลานานก่อนได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์<sup>(10)</sup> ผู้ดูแลที่เป็นญาติจึงดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานและมีการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งมักจะถูกจ้างมาดูแลผู้ป่วยภายหลัง โดยจะเป็นช่วงที่ผู้ดูแลที่เป็นญาติต้องการบุคคลมาช่วยเหลือในการดูแล ผู้ป่วยมักจะมีอาการที่รุนแรงและต้องการการดูแลที่มากขึ้น การมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ที่มากกว่า อีกทั้งผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่เป็นลูกหรือคู่สมรสซึ่งมีความรักความผูกพันในตัวผู้ป่วย จึงมีความอดทนกับอาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากกว่า และการศึกษาของผู้ดูแลที่เป็นญาติก็มีระดับสูงกว่า คือจบระดับปริญญาตรี ประเด็นนี้อาจเกี่ยวข้องไปถึงการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค เพื่อทำความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นญาติยอมรับในอาการป่วยได้ แต่ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาตินั้นไม่เคยมีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก่อน อีกทั้งต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดจากอาการป่วยของผู้ป่วยที่มีลักษณะบางอย่างคล้ายผู้ป่วยจิตเวช จากการพูดคุยกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติจะพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกกลัวผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพัง และวิตกกังวลว่า ผู้ป่วยจะออกจากบ้านแล้วหายไปหรือหากคลาดสายตาจากผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจเกิดอันตราย เช่น รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้เกิดความเครียดขึ้น จากทฤษฎี

ความเครียดจะพบว่า การประเมินความเครียดประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่ใช้ในการประเมิน ทำให้ความเครียดที่เกิดมีความแตกต่างกัน ดังที่ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับการประเมินตัดสินของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆว่าเครียดหรือไม่เครียด<sup>(63)</sup> ยกตัวอย่างปัจจัยที่ใช้ประเมินความเครียดที่เกี่ยวกับ ความเชื่อเป็นความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ หากเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นควบคุมได้ ทำให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีลักษณะทำร้าย แต่หากบุคคลประเมินว่าไม่สามารถควบคุมได้เหตุการณ์นั้นอาจเป็นลักษณะสูญเสียหรือคุกคามซึ่งทำให้เกิดความเครียด จากการพูดคุยกับผู้ดูแลตลอดการเก็บข้อมูลนั้นพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้นสามารถจัดการควบคุมปัญหาต่างๆจากการดูแลได้ดีกว่าเนื่องมาจากมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาก่อนอยู่แล้วและเข้าใจอาการป่วยของผู้ป่วยว่าเกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น แต่ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลที่รับจ้างมาดูแลผู้ป่วย โดยพบว่ามีเพียง 3 คนเท่านั้นที่มาจากศูนย์บริการจัดหาผู้ดูแลที่เคยรับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนทำให้ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วยน้อย อีกทั้งการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาตินั้นบางครั้งต้องคอยถามความเห็นของญาติผู้ป่วยก่อนอาจเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมจัดการปัญหาต่างๆได้ ทำให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกันใน 2 กลุ่มนี้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยกับการเกิดความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นญาติพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ, รายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  และปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  พบว่าอาชีพของผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่คือ รับราชการ ซึ่งมีผู้ที่อธิบายในประเด็นเกี่ยวกับอาชีพผู้ดูแลไว้ว่า อาชีพอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจสามารถจัดเวลาในการทำการ และการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการพักผ่อนได้แต่อาชีพที่มีเวลาปฏิบัติงานที่มีเวลาแน่นอน เช่น ข้าราชการ อาจทำให้ผู้ดูแลมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยหรือเวลาในการพักผ่อนทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่า<sup>(46)</sup> อาชีพรับราชการของผู้ดูแลที่เป็นญาติส่วนใหญ่ จึงเป็นหน้าที่หลักที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเกือบทั้งวันและผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อยลง ในบางรายที่ต้องดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางคืนอาจพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะอาการป่วยทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่วุ่นวายในตอนกลางคืน รวมทั้งการต้องพาผู้ป่วยมารักษาและมารับการตรวจทำให้ผู้ดูแลต้องกลางานมาจึงเกิดผลกระทบต่องานประจำที่ทำอยู่ ในปัจจัยรายได้ของผู้ดูแลที่เป็นญาติพบว่าอยู่ในช่วง มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างสูง แต่ผู้ดูแลที่เป็นญาติต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและยาที่ใช้รักษาโรค อัลไซเมอร์นี้มีราคาค่อนข้างสูงถึงแม้ผู้ดูแลบางรายจะเบิกได้แต่ก็พบว่าผู้ดูแลรายงานว่ายางางตัว ก็ไม่อยู่ในบัญชีที่เบิกได้ทำให้ต้องออกเอง ซึ่งลาซาลัส (อ้างจากวิภาวรรณ ชะอุ่ม)<sup>(100)</sup> ได้แสดงแนวคิด

เกี่ยวกับส่วนนี้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้นและเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลในการดูแลผู้อื่น ทำให้มีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ การไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลจึงน่าจะมีความสุข และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้โดยความเครียดเหล่านี้เกิดจากร่างกาย, เศรษฐกิจ, หรือสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล โดยการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนี้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการใช้บริการสุขภาพต่างๆ, การรักษาพยาบาลและค่ายารักษาโรคซึ่งครอบครัวผู้ดูแลต้องจ่าย หากผู้ดูแลมีความจำกัดในเรื่องเงิน ก็ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจแก่สมาชิกในครอบครัวและนำมาซึ่งความเครียด<sup>(106)</sup> เมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยในการทำนายความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นญาติแล้วพบว่าปัญหาของผู้ดูแลนั้นสามารถอธิบายการเกิดความเครียดได้ร้อยละ 13

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลกับการเกิดความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติแล้ว พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดซึ่งส่วนหนึ่งของปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเดียวกับปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ได้แก่ อายุผู้ดูแล, เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน, สุขภาพผู้ดูแลรวมทั้งอายุและสถานภาพสมรสของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การต้องดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซม์เมอร์นั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจึงส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับภาวะและความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ จึงมีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังพบรายงานที่แสดงถึงความเครียดของผู้ดูแลที่รับจ้างว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลเหล่านี้มักจะได้ค่าจ้างต่ำ, ได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆไม่พอเพียง, ขาดการอบรม, มีสถานภาพทางสังคมต่ำ, โอกาสก้าวหน้าในอาชีพการงานมีน้อย รวมทั้งลักษณะงานที่ต้องคอยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำให้เกิดความอ่อนล้าและเหนื่อยหน่ายต่อการทำงาน<sup>(32)</sup> ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดจากความเครียด<sup>(86)</sup> ทำให้มีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และในผลการศึกษานี้ยังพบว่าบุคลิกภาพของผู้ดูแลใน Scale E คือบุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัวและชอบแสดงตัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ เมื่อพิจารณาลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกดังกล่าวจะพบว่าผู้ที่มีบุคลิกแบบ เปิดเผยจะมีลักษณะที่ชอบเข้าสังคม ทำอะไรไม่ใคร่ระมัดระวัง ชอบกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น สนุกสนาน ร่าเริง ไม่จำเจ มองโลกแง่ดี และเป็นคนที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผย ในขณะที่บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัวนั้นจะมีลักษณะที่ตรงข้ามกับเปิดเผย คือ ชอบเก็บตัว ทำอะไรเต็มไปด้วยความระมัดระวังและมักมีแผนการล่วงหน้า อาจเป็นคนเอาจริงเอาจัง เจ้าระเบียบไม่มีใครแสดงอารมณ์วู่วาม ไม่ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้นโลดโผน และอาจมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้เวลาส่วนตัวของผู้ดูแลลดน้อยลง ผู้ดูแลอาจมีเวลาน้อย

ในการติดต่อกับผู้อื่น มีกิจกรรมทางสังคมลดลง ขาดติดต่อกับผู้อื่นอีกทั้งงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่จำเจไม่ค่อยมีกิจกรรมอะไรให้ตื่นเต้น ซึ่งอาจมีผลต่อผู้ดูแลที่มีลักษณะเปิดเผยที่ชอบเข้าสังคม ชอบความตื่นเต้นไม่จำเจ จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยเกิดความเครียดได้มากกว่าแบบเก็บตัว ซึ่งผลจากการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับที่ เรสและคณะได้ศึกษา พบว่าบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลกับภาวะและความเครียดนั้นคือบุคลิกแบบ Scale N คือบุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนบุคลิกภาพใน Scale E คือแบบเก็บตัวและเปิดเผยนั้นไม่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ในการดูแลเท่าใดนัก<sup>(107)</sup>

ปัจจัยอีกประการที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติก็คือ การมีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีผู้สลับเปลี่ยน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการที่ผู้ดูแลมีผู้สลับเปลี่ยนจะช่วยลดภาระและความเครียดจากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลได้ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนและประกอบกิจกรรมส่วนตัว ช่วยลดความเครียดจากการดูแลลงได้<sup>(4,10,26)</sup> อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่มีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับที่ไม่สูงมากนักคือจบการศึกษาในระดับประถม ร้อยละ 70.6 ซึ่งการศึกษาเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ทักษะและทัศนคติที่มีต่อการดูแลตนเองและบุคคลอื่น รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น<sup>(98)</sup> ผู้ที่มีระดับการศึกษาดำเนินเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง และพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 52.9 มีลักษณะอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก และมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.8 ซึ่งจะปรากฏพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก ประกอบกับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นมาย ร้อยละ 94.1 ซึ่ง Thoits พบว่าเมื่อผู้ดูแลพบปัญหาคับข้องใจ บุคคลที่มีคู่สมรสมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือและคำปรึกษาจากครอบครัว (Thoits 1982 : อ้างจากจันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน)<sup>(103)</sup> การที่ผู้ดูแลเป็นมายจึงทำให้ผู้ดูแลขาดแรงสนับสนุนจากคู่สมรส จากปัจจัยดังกล่าวเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วยที่อาจมีอาการเรื้อรังเรื้อราและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปมาก แม้ผู้ดูแลจะมีผู้สลับเปลี่ยนระหว่างการดูแลก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ง่าย เมื่อทำการทดสอบเพื่อหาปัจจัยที่จะทำนายการเกิดความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าปัจจัยทางด้านปัญหาของผู้ดูแล อายุผู้ดูแลและสุขภาพของผู้ดูแลร่วมกันทำนายการเกิดความเครียดในผู้ดูแลได้ร้อยละ 59.9

## ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคคือ

1. การเก็บข้อมูลต้องใช้เวลาเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทยมีน้อย ผู้วิจัยจึงต้องเก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณไว้
2. การเก็บข้อมูลทำได้ล่าช้าและยุ่งยากเนื่องจากผู้ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจนั้น บางส่วนไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้วิจัยต้องถามความสมัครใจของผู้ที่พามาในการขอติดต่อกับผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม
3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำที่แผนกผู้ป่วยนอกดังนั้นจึงต้องทำด้วยความรวดเร็ว เนื่องจากผู้ที่พาผู้ป่วยมาบางรายต้องกลางานเพื่อพาผู้ป่วยมาตรวจและต้องรีบไปรับยาเพื่อกลับไปทำงาน อีกทั้งสถานที่ของโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากทำให้ยากต่อการหาที่ซึ่งมีลักษณะเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เกิดภาวะและความเครียดนั้นไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน ดังนั้นจึงควรศึกษาผลจากการให้กิจกรรมต่างๆแก่ผู้ดูแล เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยหรือเป็นการทำกลุ่มในผู้ดูแล และเปรียบเทียบผลจากการทำกิจกรรมต่อการลดความเครียดในผู้ดูแล
2. ควรมีการศึกษาว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยพฤติกรรมใดที่ส่งผลกระทบต่อภาวะและความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวและนำมาซึ่งการบรรเทาภาวะและความเครียดของผู้ดูแล
3. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนมากเป็นผู้หญิงจึงควรมีการศึกษาปัจจัยในการเกิดภาวะและความเครียดต่อผู้ดูแลที่เพศแตกต่างกันต่อไปเพื่อขยายผลการศึกษา
4. จากการศึกษพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะและความเครียด ดังนั้นควรมีการให้คำแนะนำต่อครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนเข้าในผู้ดูแลโดยการให้ความรู้ให้คำปรึกษาเพื่อดูผลต่อภาวะและความเครียด
5. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลด้านต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลและเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยสูงสุด