

แนวโน้มนของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Tendency of stress and associated factors of caregivers of elderly admitted in King
Chulalongkorn Memorial Hospital with acute illnesses.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
โดย	น.ส.รัตนภรณ์ ชำนิศาสตร์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ นายแพทย์ ดร.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ นายแพทย์ ดร.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติทยา พรชัยเกตุ โอบอ ยอง)

รตนานารถน์ ชำนิศาสตร์ : แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย ด้วยการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล (Tendency of stress and associated factors of caregivers of elderly admitted in
 King Chulalongkorn Memorial Hospital with acute illnesses.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ.นพ. ดร.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุก แนวโน้ม และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยด้วยอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พาผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2562 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2663 จำนวนทั้งสิ้น 100 คน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI), แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) 2) ผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ด้วย สถิติ Chi-square, t-test, Fisher's exact สถิติ Pearson's Correlation และสถิติ Logistic regression analysis ผลการศึกษา : พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติ โดยจากการเก็บทั้ง 3 ครั้ง พบว่าครั้งที่ครั้งที่ 1 พบจำนวนผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติมากที่สุด (26 ราย) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด (4.72 คะแนน) ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยความสัมพันธ์แบบคนในครอบครัว มีคะแนนความเครียดสูงสุด เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI แต่ละครั้ง กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$) เช่นเดียวกับเมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินSF-36ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนแบบประเมินSF-36เกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.088 ($p\text{-value} <0.001$) สรุปคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล คืออายุของผู้ดูแลและการที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว

สาขาวิชา สุขภาพจิต
 ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6174259230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Stress, Caregiver, Elderly, Acute illness

Rattanaorn Chumnisart : Tendency of stress and associated factors of caregivers of elderly admitted in King Chulalongkorn Memorial Hospital with acute illnesses. . Advisor: Lect. CHAVIT TUNVIRACHAISAKUL, M.D., Ph.D.

Objective: To explore the progression of stress and the associated factors among caregivers of elderly admitted to the hospital with acute illness.

Methods: This longitudinal descriptive study examined various aspects regarding caregivers of the elderly who admitted to medical wards of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The study used structured questionnaires to inquire about demographic information of caregivers and elderly, Caregiver Strain Index (CSI), Thai version of Quality of life assessment (SF-36), and Activities of daily living assessment (ADL) when the elderly was admitted. Participated caregivers were then followed up in one and three months using the CSI.

Results: One hundred caregivers were participated in the study. The majority of caregivers had a normal level of stress and had a good quality of life. The highest average score of stress was at the baseline (score 4.72). Factors positively related to stress of caregivers were age of caregivers and being a family member of elderly (as opposed to being a professional caregiver) was related to the CSI score. The quality of life was negatively associated with the stress and could predict the decrease of stress in caregivers of elderly patients.

Conclusion: Most caregivers of elderly patients had a good quality of life which was a protective factor in stress of caregivers in elderly patients. Age of caregivers and being a family member. These findings could help related parties promote caregivers' mental health.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จไปด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้ความช่วยเหลือ พลักดัน ชี้แนะ แก้ไขข้อผิดพลาด ต่าง ๆ ตลอดการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ หากไม่มีอาจารย์คอยชี้แนะวิทยานิพนธ์เล่มนี้คงไม่เสร็จสมบูรณ์ ขึ้นมาได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภจิตฺติพร ที่ให้เกียรติเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อทิตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง ที่ให้เกียรติ เป็น กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำ แก้ไขในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบ ประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index : CSI) และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปารณีย์ มี ตั้ม ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF - 36 (Thai version) มาใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการ ตอบแบบสอบถาม และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บ ข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่ เพื่อน น้องที่ทำงานทุกท่านที่เข้าใจ และอำนวยความสะดวกในการแลก เวลาทำงานให้ผู้วิจัยในการเรียน ทำงานตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งสอบเสร็จสิ้น และ ขอขอบคุณพี่ เพื่อน น้องผู้ร่วมชั้นเรียนทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจให้กันและคอยให้ความช่วยเหลือตลอด การเรียนนี้ ผู้วิจัยรู้สึกโชคดีที่ได้เจอผู้ร่วมงานและผู้ร่วมชั้นเรียนที่ดีเช่นนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดาที่เข้าใจและอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในสาขาที่ผู้วิจัย สนใจและคอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนในทุกเรื่อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

รัตนภรณ์ ชำนิศาสตร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูป.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย (Research Question).....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	2
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น(Assumption).....	2
คำสำคัญ (Keywords).....	2
การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติการ(Operational Definition).....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application).....	3
กรอบแนวคิดในการทำวิทยานิพนธ์.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ภาวะเครียด.....	5
ความหมาย.....	5
ทฤษฎีความเครียด.....	6
ผลของความเครียดต่อชีวิต ⁽⁸⁾	7

สาเหตุของความเครียด ⁽⁸⁾	7
ผู้ดูแล (care giver).....	8
ประเภทของผู้ดูแล.....	8
ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล.....	9
ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล	9
การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแล	10
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	12
รูปแบบการวิจัย (Research Design)	12
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	12
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria).....	12
เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria).....	12
เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria).....	12
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique).....	13
การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size calculation)	13
การสังเกตและการวัด (Observational measurement).....	13
ตัวแปรในการวิจัย.....	13
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	14
สำหรับผู้ดูแล	14
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป.....	14
แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI).....	14
แบบวัดคุณภาพชีวิต(SF-36)	14
สำหรับผู้สูงอายุ	15
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป.....	15

แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร	
ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL).....	16
การเก็บข้อมูล (Data Collection)	16
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	17
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	18
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	19
1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย	19
1.2 ข้อมูลทั่วไปทางกายภาพของผู้ป่วยที่ดูแล	22
ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver Strain Index: CSI).....	23
ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วย	25
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	26
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ ละด้านกับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติPearson's Correlation.....	35
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	40
สรุปผลการวิจัย.....	40
การอภิปรายผล	44
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป (suggestion for further study).....	47
บรรณานุกรม.....	66
ประวัติผู้เขียน.....	70

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 100)	19
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปทางกายภาพของผู้ป่วยที่ดูแล (n = 100)	22
ตารางที่ 3	แสดงค่าคะแนนถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100)	23
ตารางที่ 4	แสดงค่าคะแนนถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในแต่ละด้าน (n = 100)	25
ตารางที่ 5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100)	26
ตารางที่ 6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลกับความเครียดของ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	29
ตารางที่ 7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านกับ ความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)	34
ตารางที่ 8	แสดง Variance Inflation Factor (VIF)	35
ตารางที่ 9	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะความเครียดของผู้ดูแลสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis..	36
ตารางที่ 10	แสดงการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลในการ เก็บข้อมูลครั้งแรกจากแบบประเมิน CSI โดยใช้ Multiple linear regression	37
ตารางที่ 11	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลสูงอายุระยะยาวด้วย การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบหลายชั้น (Multilevel multiple liner regression analysis)	39

สารบัญรูป

รูปที่ 1 แสดงค่าคะแนนถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100).....	24
รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมแบบประเมิน CSI กับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล.....	28
รูปที่ 3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 1	31
รูปที่ 4 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 2	32
รูปที่ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 3	33



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยมีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.9 ล้านคน โดยคิดเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากแต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ มาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง 2) การลดภาวะการตายทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น⁽¹⁾ จากปัจจัยการลดภาวะการตายนั้นมีผลมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมนวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ และการสาธารณสุข จากการเพิ่มสัดส่วนผู้สูงอายุทำให้เกิดผลต่อภาระในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมา

ผู้สูงอายุถือเป็นประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคมอย่างมากซึ่งเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายुर้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง⁽²⁾ และจากปัญหาดังกล่าวก็จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยจากการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ หรือเกิดโรคใหม่ซึ่งอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือวิกฤตได้ ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลซึ่งถือเป็นบุคคลหนึ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือและเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ การที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุหนึ่งคนต้องเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย, เวลาที่ต้องดูแลผู้สูงอายุรวมถึงเวลาพักผ่อนของตนเองก็ลดลง ซึ่งปัจจัยต่างนี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเป็นความเครียด โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นเกิดได้จากหลากหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงได้สนใจในการศึกษาหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลต่อในระยะยาวต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงแนวโน้มของภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการป่วยเฉียบพลันว่าเป็นอย่างไรและจากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยจึงทำให้เห็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและหางานวิจัยมาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติตามบทบาทของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. ความชุกของภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
3. แนวโน้มของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาแนวโน้มของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ตึกภูมิสิริฯ 18B1 18B2 19B1 และ 19B2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คำสำคัญ (Keywords)

- ภาวะเครียด (Stress)
- ผู้ดูแล (Caregiver)
- ผู้สูงอายุ (elderly)
- เจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness)

การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติการ(Operational Definition)

1. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลักในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที หอผู้ป่วยอายุรกรรม ตึกภูมิสิริฯ 18B1 18B2 19B1 และ19B2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการรับใหม่เข้าหอผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป
2. ภาวะเครียด หมายถึง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจในการศึกษาประเมินความเครียดจากการทำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล⁽¹⁴⁾ หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่ามีความเครียดสูงกว่าปกติ
3. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽³⁾ หรือเกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึง ที่เข้ามาได้รับการรักษาทันที หอผู้ป่วยอายุรกรรม ตึกภูมิสิริฯ 18B1 18B2 19B1 และ19B2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

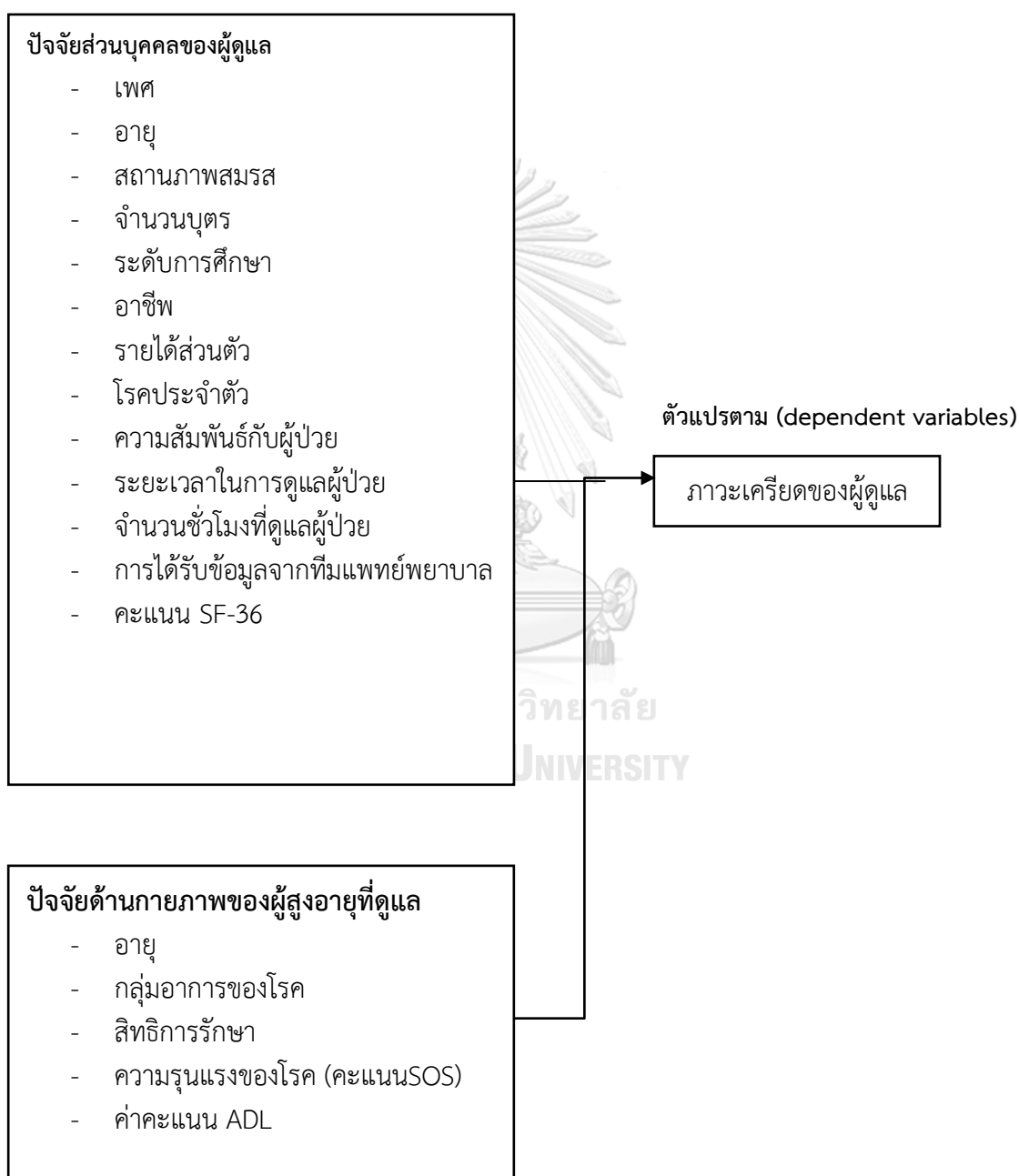
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันและพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



กรอบแนวคิดในการทำวิทยานิพนธ์

ตัวแปรอิสระ (independent variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาแนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะเครียด ประกอบด้วย
 - ความหมาย
 - ทฤษฎีความเครียด
 - ผลของความเครียด
 - สาเหตุของความเครียด
 - ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด
2. ผู้ดูแล ประกอบด้วย
 - ความหมาย
 - ประเภท
 - ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล
 - ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
3. การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา

ภาวะเครียด

ความหมาย

ลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman) (1984)⁽⁴⁾ ให้ความหมายของความเครียด ไว้ว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยบุคลิกลักษณะ ของตนเองส่วนหนึ่งและตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าความสัมพันธ์เกินขีดความสามารถ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความสุข กรมสุขภาพจิต (2010)⁽⁵⁾ ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ถูกบีบคั้น วิตก กังวล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้และประเมินสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ ส่งผลให้สภาวะ สมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (1999)⁽⁶⁾ กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกาย และจิตใจ ที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งคำว่าปฏิกริยาก็คือไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจจะเป็น

การตอบสนองของร่างกายบางส่วน เช่น ปวดหัว หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก หรือเป็นความรู้สึกกระวนกระวาย และสิ่งที่มีกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความเครียดก็แตกต่างกันไปในแต่ละคน

พนิตตา ศรีหาคคลัง (2013)⁽⁷⁾ กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ผลของการประเมินเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเห็นว่ามีความคุกคามต่อความเป็นสุข รู้สึกหนักใจ เกินความสามารถของตนเอง หรือต้องใช้แหล่งทรัพยากรอย่างเต็มที่เพื่อเผชิญกับปัญหานั้น ๆ

จากที่ศึกษามาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง การตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่บุคคลนั้น ๆ ประเมินว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคาม และเกินขีดความสามารถของตนที่จะสามารถจัดการได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหนึ่งคนที่ป่วยนั้นผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องรองรับกับความต้องการหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ได้ ฉะนั้นการที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วเกิดความเครียดหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ กับตนเองว่าเป็นเช่นไร ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความเครียด ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงในด้านของความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลที่ต้องเผชิญนำมาอภิปรายเพิ่มเติม ดังนี้

ทฤษฎีความเครียด

ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman)⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงทฤษฎีความเครียดในด้านความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนี้ ภาวะความเครียดเป็นการประเมินเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ ในการปรับตัว ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือ เกิน กำลัง ดังนั้น บุคคลจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้นโดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดซึ่งแบ่งเป็น Primary และ Secondary Appraisal โดยใน

Primary Appraisal เป็นการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองว่าอยู่ในลักษณะใด เช่น การประเมินความสำคัญกับตนเองหรือมีผลในทางที่ดีกับตนเองดังนั้น ตนไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือประเมินว่าเป็นความเครียดทำให้บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้น จะต้อง มี 3 ลักษณะ คือ

- 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย
- 2) รับรู้ว่าคุณภาพต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- 3) เป็นอันตรายแต่ทำหายคือ มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจเป็นประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

ส่วน Secondary Appraisal เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งประเมินทั้ง Primary และ Secondary ไปพร้อม ๆ กันการที่บุคคลจะตัดสินใจ เหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยเฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียถ้าเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้ว่ามีผลอย่างไรในอนาคตบุคคลจะประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามหรือ เหตุการณ์นั้นไม่มีความแน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดส่วนปัจจัยด้านบุคคล ขึ้นอยู่กับข้อผูกพันระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้นมากน้อยเพียงใดถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากนอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ถ้าคิดว่าสามารถควบคุมได้ ความเครียดนั้นอาจแสดงออกมาในลักษณะทำทนาย เมื่อใดมีข้อมูลใหม่บุคคลอาจเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และประเมินตัดสินใหม่ต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

ผลของความเครียดต่อชีวิต⁽⁶⁾

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคระเคาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อย ๆ นอนไม่หลับ หอบหืดเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ
2. ผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากนี้ความเครียดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึง ประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม และเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพเสื่อมทรามลง จิตใจย่อมได้รับผลตั้งเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อน นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง

สาเหตุของความเครียด⁽⁸⁾

1. สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะ ได้แก่ เสียงดังเกินไป จากเครื่องจักร เครื่องยนต์ อากาศเสียจากควันท่อไอเสีย น้ำเสีย ฝุ่น ละออง ยาฆ่าแมลง การอยู่กันอย่างเบียดเสียด ยัดเยียด เป็นต้น
2. สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ เช่น รายได้น้อยกว่ารายจ่าย
3. สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขันเข้าเรียน เข้าทำงาน เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น
4. นิสัยใจการกิน-ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ผู้ที่ดื่มกาแฟบ่อย ๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าตลอดจนกินของกินที่มีน้ำตาลมาก ๆ

5. มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ที่ไม่ราบรื่น มักมีข้อขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น เป็นปกติวิสัย
6. ความรู้สึกตนเองต่ำต้อยกว่าคนอื่น ต้องพยายามต่อสู้เอาชนะ
7. ต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด⁽⁹⁾

1. ความเป็นอยู่ในชีวิตและสังคม เช่น ภาพของสังคมเมือง การแข่งขัน การคมนาคมไม่สะดวก
2. เหตุการณ์ในครอบครัว เช่น สูญเสียสิ่งที่รัก อาทิเช่น คนรัก ของรัก เป็นต้น หน้าที่การงาน ตกงาน ถูกลดตำแหน่ง ย้ายงาน
3. การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ ภาวะจิตใจถูกขัดขวางทำให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ วิตกกังวล
4. การประกอบอาชีพ การทำงาน เช่น ความปลอดภัยในการทำงาน งานที่ไม่พึงพอใจ
5. พัฒนาการตามวัย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของชีวิต จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา
6. ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน การมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย

ผู้ดูแล (care giver)

หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่คอยดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ แบ่งเป็นประเภท 2 ประเภท คือ ผู้ที่เป็นญาติ และผู้ที่รับจ้างดูแลผู้สูงอายุซึ่งประเภทหลังนี้อาจจะเลือกจากศูนย์บริการที่รับจัดหา อาจจะมีการสอนหรือฝึกอบรมก่อน หรืออาจจะเลือกจากชนบท ซึ่งจะไม่ได้รับการสอนหรือฝึกอบรมมาก่อน⁽¹⁰⁾

ประเภทของผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)
 - ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอ
 - เป็นผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยและ/หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องทราบความต้องการการดูแลและที่จำเป็นของผู้ป่วย
 - สามารถพิจารณาตัดสินใจ วางแผน สั่งการให้ผู้อื่น หรือญาติผู้ดูแลรองดูแลผู้ป่วยแทนและคอยตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)

- บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลที่ให้การดูแลแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวหรือเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล

1. เพศ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิงมากกว่าชาย เพราะเป็นที่คาดหวังว่าผู้หญิงเป็นเพศที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้อื่นและผู้ดูแลหญิงจะทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย
2. ฐานะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากต้องมำค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งทำให้อุปสรรคมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น บางครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือทำงานมากขึ้นเพื่อให้รายได้ของครอบครัวมีมากขึ้น
3. เชื้อชาติและวัฒนธรรม พบว่าวัฒนธรรมการดูแลบุคคล มักแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับท้องถิ่นและฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละระดับ⁽¹¹⁾

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological impacts) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

- 1) อารมณ์ (sad) เป็นอารมณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมีบุคลิกลักษณะ เปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง
- 2) ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ภายหลัง
- 3) ความโกรธ (guilt) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้
- 4) ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) เช่นในกรณี ผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากจะมีปัญหา ด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้

- 5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ
- 6) ความรู้สึกเครียด (stress and strain) ด้วยภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบดูแล รวมไปถึงถึงอาการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลก็ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological impacts) เช่น

- 1) ปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้น
- 2) อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน
- 3) ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (socio- economic impacts)

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน(Change in working pattern) มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา
- 2) รายได้ลดลง (lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกน้อย
- 3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) กรณีดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้⁽¹¹⁾

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแล

รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัวโดยใช้แบบประเมินวัดระดับความเครียดแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

และแบบประเมินADL ผู้สูงอายุ พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อแบ่งตามเพศโดยผู้ดูแลเพศชายมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 2.80 และร้อยละ 2.70 คะแนนตามลำดับ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ได้แก่ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวที่แต่งงานแล้วจะมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 3.79 รองลงมา คือ ลูกสาวที่หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 3.09 เป็นต้น⁽¹²⁾

Rahma Al-Zahrani และคณะ ได้ศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลซาอุดีอาระเบีย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าความวิตกกังวลและอาการเครียดเป็นเรื่องปกติมากในกลุ่มผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าอัตราสภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ดูแลมีค่าเท่ากับ 72.8%, 76.5% และ 61.5% ตามลำดับ และยังพบว่าผู้สูงอายุสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำและผู้ดูแลที่มีการศึกษาดี ถูกระบุว่ามีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาอาการทางจิตเวช⁽¹³⁾

Norman A. Desbiens และคณะ ได้ศึกษาหาความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าความเครียดเป็นเรื่องปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้หญิงที่มีสุขภาพไม่ดีและใช้เวลา 8 ชั่วโมงขึ้นไปทุกวันในการดูแลญาติที่อายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงต่อความเครียดของผู้ดูแล⁽¹⁴⁾

Kalyani K. Mehta ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ได้พบว่าผู้ดูแลหญิงมีแนวโน้มที่จะเครียดมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์แบบผกผันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับของความเครียดของผู้ดูแลกับค่า ADL ของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโรคพาร์กินสันและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโรคซึมเศร้าและโรคอื่น ๆ⁽¹⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแต่การศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวแต่ไม่ได้ศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวโน้มของความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นเช่นไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional design) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population Sample) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พาผู้สูงอายุเข้ารักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้แก่ ตึกภูมิสิริฯ 18B1 18B2 19B1 และ 19B2 ทุกคนที่จะทำการเก็บข้อมูล หลังจากได้ผ่านรับรองหลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้วและผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออกในการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
3. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. เป็นผู้สูงอายุที่รับใหม่เข้าหอผู้ป่วยที่กำหนดจากห้องฉุกเฉิน
5. สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยตามข้อตกลงเบื้องต้นโดยการรับย้ายมาจากหอผู้ป่วยอื่น
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการ Re-admission และเคยได้รับการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยนี้ไปแล้ว

3. ผู้ดูแลมีปัญหาในการสื่อสาร หรือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
4. ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจนทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูล และกรอกแบบสอบถามได้
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่อนุญาตให้มีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ตอบแบบประเมิน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique)

เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าเกณฑ์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกนั้นจะอยู่ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลในการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size calculation)

คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา

คำนวณได้จากสูตร

$$n = z^2 pq / d^2$$

- n = ขนาดตัวอย่าง
- z = ค่าวิกฤตระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96
- p = ความชุกของความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่นี้ใช้ 0.62⁽¹³⁾
- q = $1 - p = 1 - 0.62 = 0.38$
- d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้ 0.1

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= 1.96^2(0.62)(0.38)/0.1^2 \\ &= 90.51 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่าง = 91 คน เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดซึ่งคาดว่ามีความแม่นยำร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้จึงเท่ากับ 100 คน

การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (independent variables) ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย การได้รับข้อมูลจาก ทีมแพทย์พยาบาล และคะแนน SF-36

- ปัจจัยด้านกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล ได้แก่ อายุ กลุ่มอาการของโรค สิทธิ การรักษา ความรุนแรงของโรค (คะแนน SOS) และค่าคะแนน ADL

2. ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ภาวะเครียดของผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

สำหรับผู้ดูแล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

จำนวน 13 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการ ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย การได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาลและ ความยินยอมในการโทรศัพท์สัมภาษณ์

แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ภายใต้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญ ความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) มีการแปลเป็นภาษาไทยและแปล ย้อนกลับโดย ศิริพันธุ์ (1998)⁽¹⁶⁾ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือด้านร่างกายและ อารมณ์ความรู้สึก ด้านเศรษฐกิจ และด้านประกอบอาชีพ

การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนนการแปล ผลคะแนนรวมจากการประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าปกติ

แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36)

ใช้ฉบับแปลภาษาไทย โดยวัชลี เลอมานกุลและปารณีย์ มีแต่ม⁽¹⁷⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.87 แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อเกี่ยวกับ สุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ 1. มิติการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) 10 ข้อ 2. มิติการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role Limitation Due to Physical Problem) 4 ข้อ 3. มิติความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) 2 ข้อ 4. มิติการรับรู้ สุขภาพโดยทั่วไป (General Health) 5 ข้อ 5. มิติการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Function) 2 ข้อ 6. มิติด้านพละกำลัง (Vitality) 4 ข้อ 7. มิติด้านภาวะทางอารมณ์

(Role limitation Due to Emotional Problem) 3 ข้อและ 8.มิติทางสุขภาพจิต (Mental Health) 5ข้อ รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็น likert scale การคำนวณคะแนนทำโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน

การคำนวณคะแนนแต่ละด้าน ดังนี้⁽¹⁸⁾

scale	Sum final item values	Lowest possible raw scores	Possible raw score range
Physical Function	3.1+3.2+3.3+3.4+3.5+ 3.6+3.7+3.8+3.9+3.10	10	20
Role-Physical	4.1+4.2+4.3+4.4	4	4
Bodily Pain	7+8	2	10
General Health	1+11.1+11.2+11.3+11.4	5	20
Vitality	9.1+9.5+9.7+9.9	4	20
Social Functioning	6+10	2	8
Role-Emotional	5.1+5.2+ 5.3	3	3
Mental Health	9.2+ 9.3+ 9.4+ 9.6+ 9.8	5	25

$$\text{Transformed Scale} = \frac{(\text{Actual raw score} - \text{lowest possible raw score})}{\text{Possible raw score rang}} \times 100$$

การแปลผล แบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับโดย

ต่ำกว่า 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี มากกว่า 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

สำหรับผู้สูงอายุ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ โรค (แบ่งตามฝ่ายอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) สิทธิการรักษา และ ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งประเมินจากคะแนน SOS คำนวณจากการประเมินสัญญาณชีพ ระดับการรู้สึกตัวและปริมาณปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต หากมีคะแนนมากกว่าเท่ากับ 4 คะแนนถือว่าเข้าสู่ภาวะวิกฤต

แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

การเก็บข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามเพื่อขออนุญาตนำมาใช้ในงานวิจัย
3. ติดต่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์
4. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ตรวจการการกลุ่มงานอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมตอบคำถามข้อสงสัยให้แก่ผู้ร่วมการวิจัยจนเกิดความเข้าใจ ให้เวลาตัดสินใจในการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลเสมอ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามเป็นการส่วนตัว
6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำการตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ 2) แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล จำนวน

- 13 ข้อ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 36 ข้อ รวมทั้งหมด 62 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30 – 45 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมการวิจัย
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคะแนน
 8. โทรศัพท์ไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ ต่อเนื่องในอีก 1 เดือนและ 3 เดือนถัดจากวันที่เก็บข้อมูลในครั้งแรก การโทรศัพท์สัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 30 นาที
 9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย Chi – square, t – test, fisher’s exact, Pearson Correlation, Multiple logistic regression analysis, Multiple linear regression และ Multilevel multiple liner regression analysis เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเครียด จากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวโน้มของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นดูแลผู้สูงอายุที่พาส่งอายุเข้ารับรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2562 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2663 จำนวนทั้งสิ้น 100 คน

โดยผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
ข้อมูลปัจจัยทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver Strain Index: CSI)
- ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วย
- ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Regression analysis

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 100)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	65	65.0
ชาย	35	35.0
อายุ (ปี) (mean = 50.31 , SD = 13.12 , : min = 23 , max = 83)		
ไม่เกิน 40 ปี	28	28.0
41 – 50 ปี	28	28.0
51 – 60 ปี	21	21.0
มากกว่า 60 ปี	23	23.0
สถานภาพการสมรส		
โสด	42	42.0
สมรส	48	48.0
หม้าย	3	3.0
หย่า	2	2.0
แยกกันอยู่	5	5.0
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มีบุตร	50	50.0
1 คน	21	21.0
2 คน	19	19.0
3 คน	9	9.0
4 คน	1	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.0
ประถมศึกษา	7	7.0
มัธยมศึกษา	16	16.0
อนุปริญญา	8	8.0
ปริญญาตรี	49	49.0
ปริญญาโท	15	15.0
ปริญญาเอก	2	2.0

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย (ต่อ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	17.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	19.0
พนักงานเอกชน	17	17.0
รับจ้างทั่วไป	23	23.0
อาชีพอิสระ/ค้าขาย	17	17.0
อื่นๆ	7	7.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	43	43.0
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	39	39.0
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	8	8.0
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	10	10.0
โรคประจำตัว สุขภาพกาย		
ไม่มี	70	70.0
มี	30	30.0
โรคประจำตัว สุขภาพจิต		
ไม่มี	92	92.0
มี	8	8.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คนดูแล	5	5.0
บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา บุตร)	75	75.0
เครือญาติ (เช่น พี่น้อง ลุงป้า น้าอา สะใภ้)	20	20.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี) (mean = 4.95 , SD = 6.28 , : min = 0.08 , max = 40)		
ไม่เกิน 1 ปี	28	28.0
1 – 3 ปี	24	24.0
มากกว่า 3 ปี	48	48.0
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน (ชั่วโมง)		
ไม่เกิน 6 ชั่วโมง	1	1.0
6 – 12 ชั่วโมง	15	15.0
มากกว่า 12 ชั่วโมง	84	84.0

การได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาล

เพียงพอและเข้าใจ	72	72.0
พอเข้าใจได้บางส่วน	26	26.0
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ	1	1.0
ไม่ทราบข้อมูลเลย	1	1.0

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 35.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50 ปี โดยร้อยละ 28.0 มีอายุไม่เกิน 40 ปีและมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ส่วนมากมีสถานะสมรส (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือสถานะโสด (ร้อยละ 42.0) ครึ่งหนึ่งไม่มีบุตร (ร้อยละ 50.0) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.0) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 23.0) รองลงมา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 19.0) ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 43) และร้อยละ 39.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เกินครึ่งไม่มีโรคประจำตัวทางสุขภาพกาย (ร้อยละ 70.0) และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางสุขภาพจิต (ร้อยละ 92.0) ความสัมพันธ์ของคนดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (เป็นบิดา มารดา บุตร) (ร้อยละ 75.0) โดยระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 48.0) ซึ่งใช้เวลาดูแลต่อวันมากกว่า 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 84.0) และส่วนมากได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาลเพียงพอและเข้าใจ (ร้อยละ 72.0)

1.2 ข้อมูลทั่วไปทางกายภาพของผู้ป่วยที่ดูแล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปทางกายภาพของผู้ป่วยที่ดูแล (n = 100)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (mean = 77.10 , SD = 9.70 , : min = 60 , max = 103)		
60 – 70 ปี	29	29.0
71 – 80 ปี	34	34.0
81 – 90 ปี	31	31.0
91 – 100 ปี	5	5.0
มากกว่า 100 ปี	1	1.0
โรค (แบ่งตามฝ่ายอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	13	13.0
โรคระบบการหายใจ	32	32.0
โลหิตวิทยา	5	5.0
โรคทางเดินอาหาร	17	17.0
โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม	4	4.0
โรคไต	9	9.0
ประสาทวิทยา	7	7.0
โรคข้อและรูมาติสซั่ม	1	1.0
โรคติดเชื้อ	12	12.0
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง	42	42.0
บัตรทอง	42	42.0
ประกันสังคม	6	6.0
เงินสด	3	3.0
ครอบครัวเจ้าหน้าที่	7	7.0
ระดับความรุนแรงของโรค (ประเมินจากคะแนน SOS)		
ภาวะปกติ (น้อยกว่า 4 คะแนน)	92	92.0
ภาวะวิกฤต (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)	8	8.0
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
พึ่งตนเองได้ดี	40	40.0
ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	18	18.0
พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	42	42.0

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปทางกายภาพของผู้ป่วยที่ดูแล 100 คน พบว่าร้อยละ 34 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี และรองลงมาอายุอยู่ในช่วง 81-90 ปี (ร้อยละ 31) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคทางระบบการหายใจ (ร้อยละ 32) เกือบครึ่งมีสิทธิการรักษาเป็นข้าราชการเบิกจ่ายตรงและบัตรทอง (ร้อยละ 42) เกือบทั้งหมดมีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในภาวะปกติ (ประเมินจากคะแนน SOS) (ร้อยละ 92) และร้อยละ 42 มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ประเมินจาก Barthel Activities of Daily Living: ADL) ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

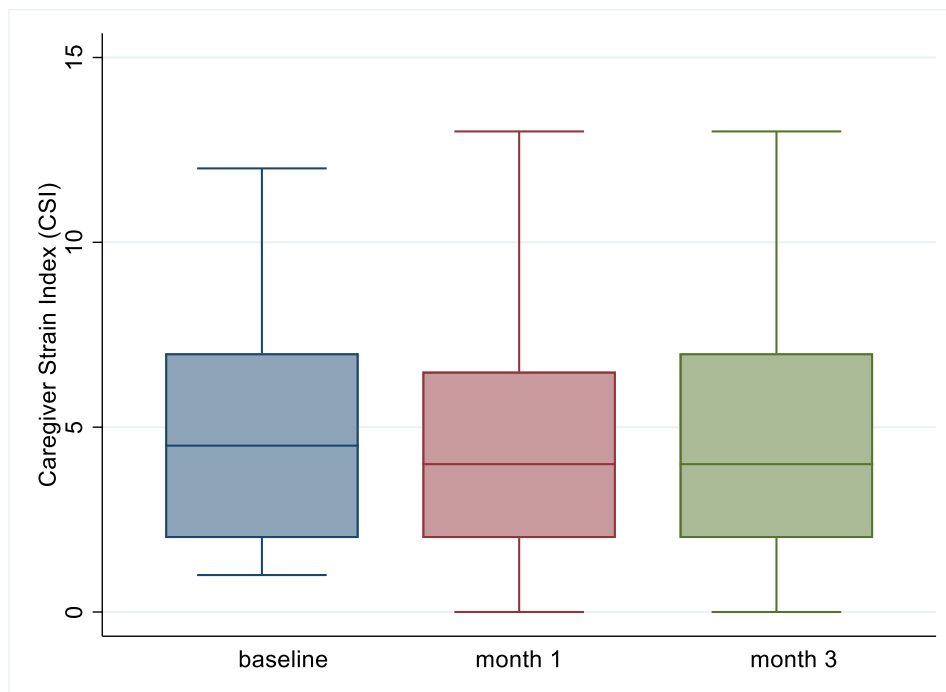
ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver Strain Index: CSI)

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100)

ครั้งที่	Mean	S.D.	Min	Max	ระดับความเครียด	
					สูงกว่าปกติ* (ราย)	ปกติ (ราย)
1	4.72	3.00	1	12	29	71
2	4.43	3.23	0	13	25	75
3	4.60	3.31	0	13	26	74

หมายเหตุ * ระดับความเครียดสูงกว่าปกติที่คะแนนแบบสอบถาม CSI ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

รูปที่ 1 แสดงค่าคะแนนถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100)



จากตารางที่ 3 และรูปที่ 1 แสดงผลของแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล จำนวน 100 คนทั้ง 3 ครั้ง พบว่า

ในครั้งที่ 1 (ช่วงวันที่ 3 – 5 ของการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วย) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.72 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.00) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน, มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 29 ราย

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1 หลังการเก็บครั้งแรก) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.23) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 25 ราย

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3 หลังการเก็บครั้งแรก) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.31) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 26 ราย

จากการทำแบบประเมินทั้ง 3 ครั้งพบว่าครั้งที่ 1 พบจำนวนผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติมากที่สุด (26 ราย) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด (4.72 คะแนน) และครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของการทำแบบสอบถาม พบว่ามีค่าคะแนนสูงสุดมากที่สุด (13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 แสดงค่าคะแนนถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในแต่ละด้าน (n = 100)

ด้าน	Transformed Scale*				ระดับคุณภาพชีวิต	
	Mean	S.D.	Min	Max	ดี (ราย)	ไม่ดี (ราย)
Physical Functioning	63.60	19.70	10.00	85.00	85	15
Role-Physical	62.25	39.65	0.00	100.00	69	31
Bodily Pain	72.09	20.93	24.50	100.00	77	23
General Health	62.30	17.02	25.00	95.00	77	23
Vitality	62.60	18.24	10.00	100.00	84	16
Social Functioning	71.63	24.22	0.00	100.00	89	11
Role-Emotional	63.33	41.44	0.00	100.00	64	36
Mental Health	69.00	20.20	8.00	100.00	84	16

หมายเหตุ *Transformed Scale ได้จากการคำนวณ

จากตารางที่ 4 แสดงผลคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ในแต่ละด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 100 คนโดยคะแนนในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน หากมีคะแนนมากกว่า 50 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Functioning) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.70) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 85 ราย, ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role-Physical) ค่าคะแนนเฉลี่ย 62.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.65) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 69 ราย, ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 72.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.93) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 77 ราย, ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.30 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.02) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 77 ราย, ด้านพลังกำลัง (Vitality) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.24) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 84 ราย, ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 71.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.22) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 89 ราย,

ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role-Emotional) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 41.44) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 64 ราย และในด้านสุขภาพจิต (Mental Health) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 69.00 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.20) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 84 ราย

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n = 100)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	ระดับความเครียด				Statistics	p - value
	ปกติ		สูงกว่าปกติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					χ^2 1.255	0.263
หญิง	43	67.20	21	32.80		
ชาย	28	77.80	8	22.20		
อายุ (ปี)					χ^2 7.353	0.061
ไม่เกิน 40 ปี	16	57.10	12	42.90		
41 – 50 ปี	19	67.90	9	32.10		
51 – 60 ปี	15	71.40	6	28.60		
มากกว่า 60 ปี	21	91.30	2	8.70		
สถานภาพการสมรส					χ^2 0.165	0.685
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	36	69.20	16	30.80		
สมรส	35	72.90	13	27.10		
จำนวนบุตร (คน)					χ^2 1.068	0.301
ไม่มีบุตร	13	61.90	8	38.10		
มีบุตร	58	73.40	21	26.60		

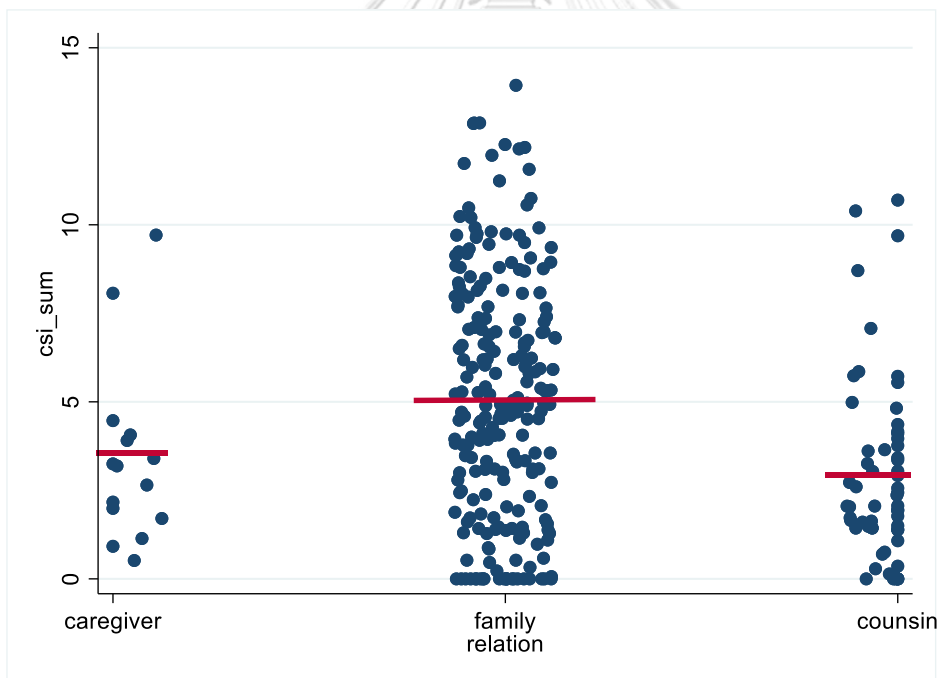
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	66.70	1	33.30	Fisher's exact 2.030	0.320
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/ อนุปริญญา	25	80.60	6	19.40		
ปริญญาตรี ขึ้นไป	44	66.70	22	33.30		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	64.70	6	35.30	χ^2	0.882
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	68.40	6	31.60		
พนักงานเอกชน	12	70.60	5	29.40	0.664	
รับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ/ ค้าขาย/อื่น ๆ	35	74.50	12	25.50		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ(เหลือเก็บ/ไม่เหลือ เก็บ)	61	74.40	21	25.60	χ^2	0.111
ไม่เพียงพอ (ไม่เป็นหนี้/เป็น หนี้)	10	55.60	8	44.40		
โรคประจำตัว สุขภาพกาย						
ไม่มี	47	67.10	23	32.90	χ^2	0.194
มี	24	80.00	6	20.00		
					1.686	
โรคประจำตัว สุขภาพจิต						
ไม่มี	67	72.80	25	27.20	χ^2	0.172
มี	4	50.00	4	50.00		
					1.862	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
คนดูแล /ญาติ	22	88.00	3	12.00	χ^2	0.031*
บุคคลในครอบครัว (บิดามารดา บุตร สามเณร ภรรยา)	49	65.30	26	34.70		
					4.679	
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ						
ไม่เกิน 1 ปี	19	67.90	9	32.10	χ^2	0.896
1 – 3 ปี	17	70.80	7	29.20		
มากกว่า 3 ปี	35	72.90	13	27.10		
					0.220	
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน						
ไม่เกิน 12 ชั่วโมง	11	68.80	5	31.30	χ^2	0.829
มากกว่า 12 ชั่วโมง	60	71.40	24	28.60		
					0.047	

การได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาล						
เพียงพอและเข้าใจ/เข้าใจ	70	71.40	28	28.60	χ^2	0.509
บางส่วน						
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ/ไม่ทราบ	1	50.00	1	50.00	0.437	
ข้อมูลเลย						

*p < 0.05

จากตารางที่ 5 เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าอายุของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมแบบประเมิน CSI กับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล



จากรูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมแบบประเมิน CSI กับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าความสัมพันธ์แบบคนในครอบครัวมีคะแนนความเครียดสูงที่สุด รองลงมาเป็นแบบญาติและคนดูแล ตามลำดับ

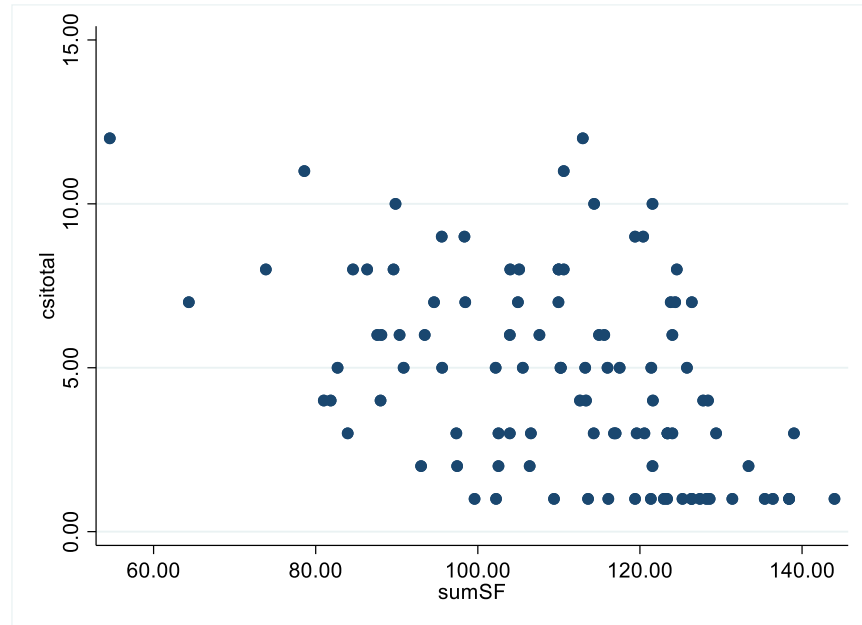
ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลกับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

แบบประเมินภาวะเครียด	ระดับความเครียด				Statistics	p-value
	ปกติ		สูงกว่าปกติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุของผู้ป่วยสูงอายุ (ปี)						
60 – 70 ปี	18	62.10	11	37.90	χ^2 1.622	0.444
71 – 80 ปี	25	73.50	9	26.50		
80 ปีขึ้นไป	28	75.70	9	24.30		
กลุ่มโรค (แบ่งตามฝ่ายอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)						
โรคหัวใจและหลอดเลือด	10	76.90	3	23.10	χ^2	0.880
โรกระบบการหายใจ	22	68.80	10	31.30		
โรคทางเดินอาหาร	13	76.50	4	23.50	0.670	
โรคในระบบอื่น ๆ	26	68.40	12	31.60		
สิทธิการรักษา						
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ ครอบครัวเจ้าหน้าที่	36	73.50	13	26.50	Fisher's exact 1.808	0.847
บัตรทอง	28	66.70	14	33.30		
ประกันสังคม	4	66.70	2	33.30		
เงินสด	3	100.0	0	0.00		
ระดับความรุนแรงของโรค (ประเมินจากคะแนน SOS)						
ภาวะปกติ (น้อยกว่า 4 คะแนน)	65	70.70	27	29.30	χ^2	0.795
ภาวะวิกฤต (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)	6	75.00	2	25.00		

ระดับการทำกิจวัตรประจำวัน					
	Mean 7.22	Mean 8.93	t-test	0.285	
	SD 6.982	SD 7.690	1.088		
ระดับที่ 1 สามารถช่วยเหลือตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้	16	57.10	12	.90	0.061
				χ^2	
				7.353	
ระดับที่ 2 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)	19	67.90	9	32.10	
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ	15	71.40	6	28.60	

จากตารางที่ 6 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลกับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าไม่มีปัจจัยใดในด้านกายภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย Chi-square

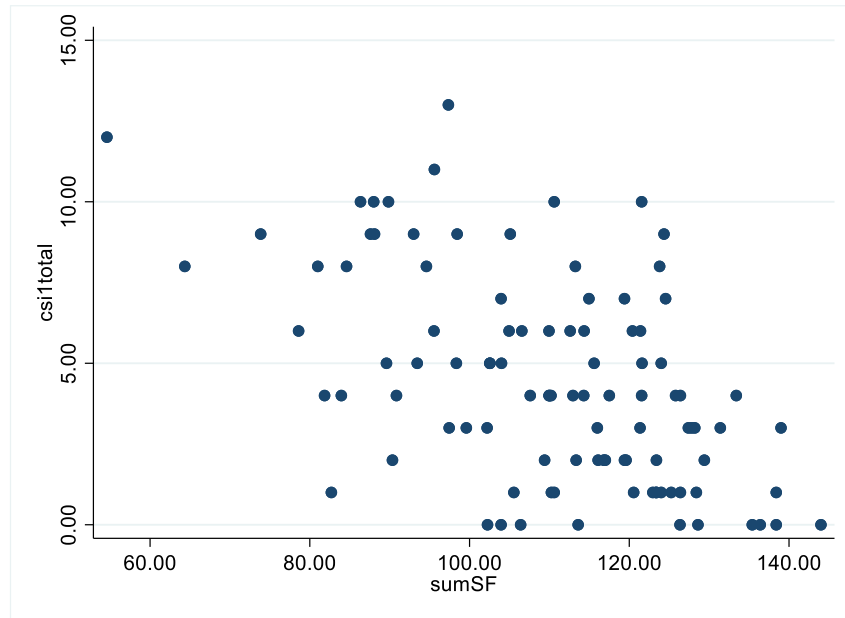
รูปที่ 3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 1
กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36



จากรูปที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 1 กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.4570$, $p\text{-value} < 0.001$)

รูปที่ 4 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 2

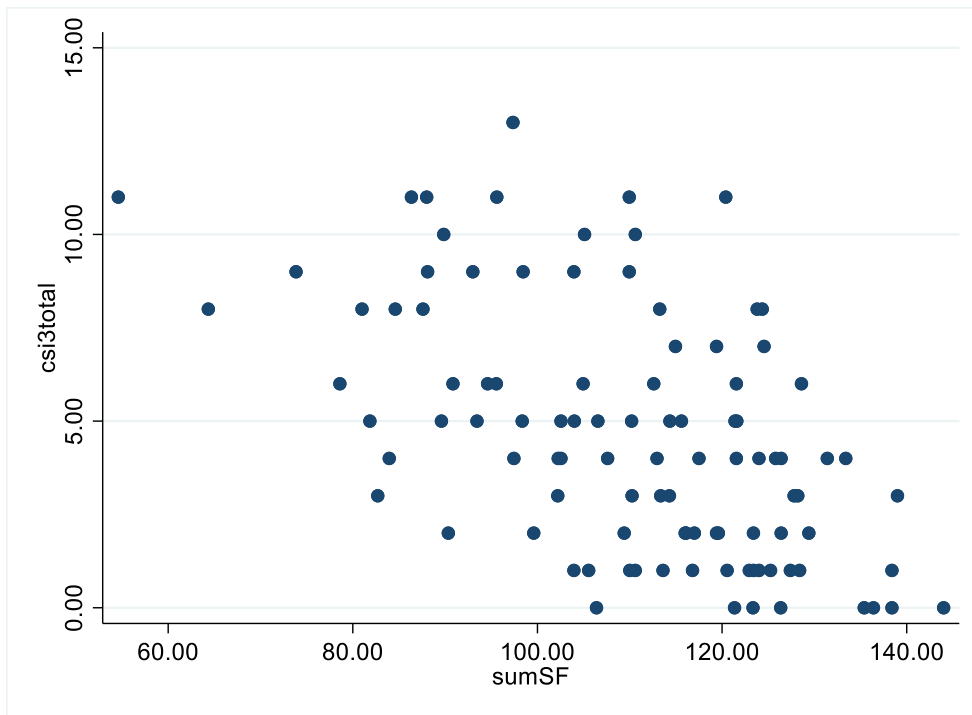
กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36



จากรูปที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 2 กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.5386$, $p\text{-value} < 0.001$)

รูปที่ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 3

กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36



จากรูปที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของแบบประเมินCSI ครั้งที่ 3 กับคะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.5413$, $p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านกับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

คุณภาพชีวิต	คะแนนความเครียด	
	r	p - value
Physical Functioning	-0.069	0.494
Role-Physical	-0.285	0.004
Bodily Pain	-0.253	0.011
General Health	-0.392	<0.001
Vitality	-0.478	<0.001
Social Functioning	-0.330	0.001
Role-Emotional	-0.300	0.002
Mental Health	-0.478	<0.001

จากตารางที่ 7 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านกับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation coefficient) พบว่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role-Physical), ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain), ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health), ด้านพลังกำลัง (Vitality), ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning), ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role-Emotional) และในด้านสุขภาพจิต (Mental Health) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านกับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

ตารางที่ 8 แสดง Variance Inflation Factor (VIF)

Variable	VIF
เพศ	1.25
อายุ	1.28
สถานภาพสมรส	
- แต่งงาน	1.34
- อื่น ๆ	1.21
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	
- ผู้ดูแล	1.42
- บุคคลในครอบครัว	1.36
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ใน 1 วัน (ชั่วโมง)	1.17
อายุของผู้สูงอายุ	1.15
คะแนนADLของผู้สูงอายุ	1.22
คะแนนรวมแบบประเมินSF-36	1.13
Mean VIF	1.25

*คัดเลือกปัจจัยจากการทดสอบการทดสอบหาความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา

จากตารางที่ 8 แสดงการใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณกำหนดตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นอิสระต่อกัน จึงทำการทดสอบ Variance Inflation Factor (VIF) หากพบมีค่าเกิน 10 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระในสมการการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นมีมากทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity และผลการทดสอบ VIF พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัวมีค่า VIF ไม่เกิน 10 แสดงถึง ตัวแปรอิสระแต่ละตัวเป็นอิสระ

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis

Variable	Adjusted Odds Ratio (OR)	95% CI of Adjusted OR	p-value
เพศ	0.379	0.125, 1.145	0.085
อายุ	0.951	0.910, 0.994	0.026
สถานภาพสมรส			
- โสด	1 (base)		
- สมรส	0.953	0.308, 2.945	0.933
- อื่น ๆ	0.484	0.070, 3.343	0.462
ความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุ			
- ผู้ดูแล	1 (empty)		
- บุคคลใน ครอบครัว	4.965	1.114, 22.126	0.036
- ญาติ	1 (base)		
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ใน การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน(ชั่วโมง)	0.993	0.898, 1.100	0.900
อายุของผู้สูงอายุ	0.988	0.933, 1.047	0.686
คะแนนADLของ ผู้สูงอายุ	0.999	0.929, 1.076	0.990
คะแนนรวมแบบ ประเมินSF-36	0.970	0.940, 1.000	0.050

LR Chi-square 20.82 p-value =0.014, Pseudo R² = 0.1781

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยพบว่าปัจจัยทำนายภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ (p<0.05) และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว (p<0.05)

ตารางที่ 10 แสดงการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลในการเก็บข้อมูลครั้งแรกจากแบบประเมิน CSI โดยใช้ Multiple linear regression

Variable	Coefficient (SE)	95% CI	t	P-value
เพศ	-0.161 (0.094)	-0.349, 0.027	-1.70	0.092
อายุ	-0.008 (0.003)	-0.005, 0.088	-2.36	0.020
สถานภาพสมรส				
- โสด	0 (base)			
- สมรส	-0.010 (0.099)	-0.642, 1.990	-0.10	0.919
- อื่น ๆ	-0.149 (0.156)	-0.928, 3.241	-0.96	0.341
ความสัมพันธ์กับ				
ผู้สูงอายุ				
- ผู้ดูแล	-0.004 (0.233)	-0.467, 0.458	-0.02	0.985
- บุคคลใน	-2.323 (0.769)	0.037, 0.491	-2.31	0.023
ครอบครัว				
- ญาติ	0 (base)			
จำนวนชั่วโมงที่ใช้				
ในการดูแลผู้ป่วย				
ใน 1 วัน(ชั่วโมง)				
อายุของผู้สูงอายุ	-0.003 (0.005)	-0.012, 0.007	-0.55	0.586
คะแนนADLของ	0.001 (0.007)	-0.012, 0.014	0.12	0.904
ผู้สูงอายุ				
คะแนนรวมแบบ	-0.006 (0.003)	-0.011, -0.001	-2.22	0.029
ประเมินSF-36				
ค่าคงที่ =1.576, R ² = 0.131, F = 2.49, p-value < 0.05				

จากตารางที่ 10 แสดงการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลจากการเก็บข้อมูลครั้งแรกจากแบบประเมิน CSI โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ

อายุ, ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว และคะแนนรวมของแบบประเมิน SF-36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ได้ดังนี้

คะแนนความเครียด = $1.576 + ((-0.161)\text{เพศ}) + ((-0.008)\text{อายุ}) + ((-0.010)\text{สมรส}) + ((-2.323)\text{บุคคลในครอบครัว}) + ((0.001)\text{จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน(ชั่วโมง)}) + ((-0.003)\text{อายุของผู้สูงอายุ}) + ((0.001)\text{คะแนนADLของผู้สูงอายุ}) + ((-0.006)\text{คะแนนรวมแบบประเมินSF-36})$

จากสมการข้างต้น หากคะแนนดิบของค่าเพศ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะลดลง 0.161 คะแนน, หากคะแนนดิบของค่าอายุ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะลดลง 0.008 คะแนน, หากคะแนนดิบของค่าบุคคลในครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะลดลง 2.323 คะแนน, หากคะแนนดิบของค่าจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน(ชั่วโมง) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะเพิ่มขึ้น 0.001 คะแนน, หากคะแนนดิบของค่าอายุของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะลดลง 0.003 คะแนน, หากคะแนนดิบของค่าคะแนนADLของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะเพิ่มขึ้น 0.001 คะแนนและหากคะแนนดิบของค่าคะแนนรวมแบบประเมิน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความเครียดจะลดลง 0.006 คะแนน

ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบหลายชั้น (Multilevel multiple liner regression analysis)

Variable	Coefficient (SE)	95% CI	Z	p-value
เพศ	-0.411 (0.499)	-1.390, 0.568	-0.82	0.410
อายุ	-0.035 (0.018)	-0.071, 0.002	-1.88	0.061
สถานภาพสมรส				
- โสด	0 (base)			
- สมรส	-0.222 (0.521)	-1.244, 0.800	-0.43	0.670
- อื่น ๆ	-0.246 (0.825)	-1.864, 1.371	-0.30	0.765
ความสัมพันธ์กับ				
ผู้สูงอายุ				
- ผู้ดูแล	1.394 (1.231)	-1.018, 3.807	1.13	0.257
- บุคคลในครอบครัว	2.099 (0.605)	0.914, 3.284	3.47	0.001
- ญาติ	0 (base)			
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน(ชั่วโมง)				
อายุของผู้สูงอายุ	-0.010 (0.025)	-0.059, 0.039	-0.40	0.686
คะแนนADLของผู้สูงอายุ	-0.025 (0.035)	-0.058, 0.039	-0.72	0.469
คะแนนรวมแบบประเมินSF-36	-0.088 (0.014)	-0.115, -0.061	-6.34	0.000

ค่าคงที่ =16.163, calculated $R^2 = 0.349$, $p < 0.001$

Estimated variance of between subject variability 4.052 SE 0.722

Estimated variance of residual 3.000 SE 0.300

จากตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบหลายชั้น (Multilevel multiple liner regression analysis) พบว่าปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนรวมของแบบประเมินSF-36 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.088 (p -value < 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุของผู้ดูแลแปรผกผันกับคะแนนความเครียด ที่ระดับใกล้เคียงนัยสำคัญ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.035 (p -value =0.061)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวโน้ม ของภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน ตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2562 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2663

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) และแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) 2) ผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการบรรยายลักษณะข้อมูลใช้สถิติ Chi-square, t-test และ Fisher's exact เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านกับความเครียดของผู้ป่วยโดยใช้ Pearson's correlation และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis , multiple liner regression analysis และ Multilevel multiple liner regression analysis

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 35.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50 ปี โดยร้อยละ 28.0 มีอายุไม่เกิน 40 ปีและมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ส่วนมากมีสถานะสมรส (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือสถานะโสด (ร้อยละ 42.0) ครั้งหนึ่งไม่มีบุตร (ร้อยละ 50.0) ส่วนมากจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.0) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 23.0) รองลงมา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 19.0) ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 43) และร้อยละ 39.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เกินครึ่งไม่มีโรคประจำตัวทางสุขภาพกาย (ร้อยละ 70.0) และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางสุขภาพจิต (ร้อยละ 92.0) ความสัมพันธ์ของคนดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (เป็นบิดา มารดา บุตร) (ร้อยละ 75.0) โดยระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 48.0) ซึ่งใช้เวลาดูแลต่อวันมากกว่า 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 84.0) และส่วนมากได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาลเพียงพอและเข้าใจ (ร้อยละ 72.0)

ข้อมูลทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล

ร้อยละ 34 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี และรองลงมาอายุอยู่ในช่วง 81-90 ปี (ร้อยละ 31) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคทางระบบการหายใจ (ร้อยละ 32) เกือบครึ่งมีสิทธิการรักษาเป็นข้าราชการเบิกจ่ายตรงและบัตรทอง (ร้อยละ 42) เกือบทั้งหมดมีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในภาวะปกติ (ประเมินจากคะแนน SOS) (ร้อยละ 92) และร้อยละ 42 มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ประเมินจาก Barthel Activities of Daily Living: ADL) ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

จากการประเมินรวม 3 ครั้งพบว่า

ในครั้งที่ 1 (ช่วงวันที่ 3 – 5 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.72 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.00) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน, มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 29 ราย

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1 หลังการเก็บครั้งแรก) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.23) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 25 ราย

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3 หลังการเก็บครั้งแรก) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.31) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน, คะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติจำนวน 26 ราย

จากการทำแบบประเมินทั้ง 3 ครั้งพบว่าครั้งที่ 1 พบจำนวนผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติมากที่สุด (26 ราย) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด (4.72 คะแนน) และครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของการทำแบบสอบถาม พบว่ามีค่าคะแนนสูงสุดมากที่สุด (13 คะแนน)

แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) ของผู้ดูแลผู้ป่วย

แสดงผลคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ในแต่ละด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 100 คนโดยคะแนนในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0 – 100 คะแนน หากมีคะแนนมากกว่า 50 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Functioning) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.70) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 85 ราย, ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role-Physical) ค่าคะแนนเฉลี่ย 62.25

คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.65) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 69 ราย, ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 72.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.93) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 77 ราย, ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.30 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.02) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 77 ราย, ด้านพลังกำลัง (Vitality) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.24) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 84 ราย, ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 71.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.22) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 89 ราย, ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role-Emotional) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 41.44) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 64 ราย และในด้านสุขภาพจิต (Mental Health) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 69.00 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.20) มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนี้จำนวน 84 ราย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อใช้สถิติ Chi-square พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เพียงด้านเดียวส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกายภาพของผู้ดูแลกับความเครียดของผู้สูงอายุและเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนถึงระดับการปฏิบัติงานประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

เมื่อใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role-Physical), ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain), ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health), ด้านพลังกำลัง (Vitality), ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning), ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role-Emotional) และในด้านสุขภาพจิต (Mental Health) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแล

การคัดเลือกปัจจัยทำนายผู้วิจัยคัดเลือกจากการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้างต้นและจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาแล้วพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ, จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน, คะแนน ADL ของผู้สูงอายุและคะแนนรวมแบบประเมิน SF - 36

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน (ชั่วโมง) อายุของผู้สูงอายุ คะแนน ADLของผู้สูงอายุ และคะแนนรวมของแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis พบว่าปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว ($p < 0.05$)

เมื่อใช้สถิติ multiple liner regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก คือ อายุ, ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว และคะแนนรวมของแบบประเมิน SF-36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

และเมื่อใช้สถิติ Multilevel multiple liner regression analysis วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าปัจจัยทำนายคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนรวมของแบบประเมิน SF-36 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.088 ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุของผู้ดูแลแปรผกผันกับคะแนนความเครียด ที่ระดับใกล้เคียงนัยสำคัญ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.035 ($p\text{-value} = 0.061$)

การอภิปรายผล

ความชุกของภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

จากการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีการติดตามและวัดระดับความเครียด จำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เก็บในช่วงวันที่ 3 – 5 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่กำหนด ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์โดยห่างจากการเก็บครั้งแรก 1 เดือน และครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์โดยห่างจากการเก็บครั้งที่ 2 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยในครั้งแรกที่ทำการประเมิน มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.72 คะแนน ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.60 คะแนน และครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.43 คะแนนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความเครียดที่ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ คัททริยา รัตนวิมล⁽¹⁹⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน แก้วระยยะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความเครียดในระดับต่ำ อาจจะเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้มีการรับรู้ถึงการจัดการกับอารมณ์ ความเครียดของตนเอง รับรู้ถึงการจัดการความเครียด มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เข้าใจสถานะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้จากการได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์พยาบาล ซึ่งมีความเพียงพอและพอใจ นอกจากนี้จากปัจจัยเรื่องความเพียงพอของรายได้ ที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเพียงพอและเหลือเก็บ ก็เป็นปัจจัยเสริมเรื่องความเครียดที่ไม่ต้องมาพะวงเรื่องเหล่านี้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุนานอาจทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีจึงส่งผลให้ไม่เกิดความเครียด และจากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์เป็นบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ บิดา มารดา บุตร ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ถือเป็นค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณของบุพการี ความกตัญญู ซึ่งต้องมีการเลี้ยงดู บิดามารดา ยามที่ท่านแก่ชรา นอกจากนั้นตามประเพณีความเชื่อของคนไทย ที่เชื่อในเรื่องเวรกรรม บาปบุญ⁽²¹⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดคือ อายุของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา)

ซึ่งจากการศึกษาของ ญัฐพงศ์ เป็นลาภ⁽²²⁾ ที่ศึกษาเรื่องความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าอายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา) มีจำนวนมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่มีความเครียดมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการศึกษาของรศรินทร์ เกรย์ และสาธิตี เทพสุวรรณ⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาถึงหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว พบว่าเกิดจากความคาดหวังจากสังคม บทบาทที่หลากหลาย รวมถึงเศรษฐกิจ

และจากการศึกษารังนี้ยังพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต(SF-36) ก็มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเครียดของผู้ดูแล เมื่อพิจารณาในรายด้านเกือบทุกด้าน ในด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลจากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดทางร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องมีการทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจ ด้วยสถานภาพส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือสมรส ร้อยละ 48 นอกจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วยังต้องดูแลครอบครัว หรือคนอื่นๆที่ต้องอาศัยอยู่ในบ้าน จนทำให้ละเลยการดูแลตนเอง ส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายต่างๆ ประกอบกับสภาพจิตใจ มีความเบื่อหน่าย ความเครียด ทำให้เกิดความเมื่อยล้า⁽²³⁾ สอดคล้องกับ Cho et al.⁽²⁴⁾ ที่กล่าวว่า ความเมื่อยล้าของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลที่รับรู้ถึงสุขภาพของตนเองรับรู้ว่าตนเองนั้นมีความปกติหรือเป็นโรค ถ้าตนเองสุขภาพไม่ดีจะรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี นอกจากนั้นรับรู้ว่าจะตนเองยังแข็งแรงอยู่แต่ก็มีความกลัวที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จะเป็นตัวที่บ่งบอกถึงความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจของ

ผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งหากผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ก็จะสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างปกติ ก็จะสามารถส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งในขณะที่เดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังขึ้นในอนาคต ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ด้วยผู้ดูแลส่วนมากจะเป็น บิดา มารดา บุตร ซึ่งเป็นไปตามกรอบสังคมที่กำหนดไว้ว่าเมื่อบิดามารดาหรือบุตร นั้นเจ็บไข้ได้ป่วย ในฐานะคนในครอบครัว ต้องช่วยกันดูแล และให้ความคุ้มครอง ซึ่งตามธรรมเนียมประเพณี และความรู้สึกนั้น ผู้ดูแลก็ต้องมีความตระหนกอยู่แล้วว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญการซึ่งได้เลี้ยงดูให้เติบโตมา มีความสำนึกในความกตัญญูรู้คุณ ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role-Emotional) จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อความรู้สึกเครียด หรือบางครั้งก็อาจจะไม่มีความสุข เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุตลอด บางครั้งอาจรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ยิ่งถ้าบุคคลภายในบ้านไม่ให้ความสำคัญ หรือโยนให้ผู้ดูแลรับเป็นภาระฝ่ายเดียวยิ่งทำให้เกิดความเครียดยิ่งขึ้นได้ ด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ประกอบกับสภาพจิตใจ มีความเบื่อหน่าย ความเครียด ทำให้เกิดอาการเมื่อล้า

ข้อจำกัดในการศึกษา (Study limitations)

- การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น การนำไปใช้อ้างอิงอาจต้องพิจารณาถึงลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมศึกษา นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลความเครียดในครั้งที่ 2 และ 3 นั้น ไม่ได้มีการเก็บปัจจัยอื่น ๆ เหมือนในครั้งแรก อาจไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดในครั้งที่ 2 และ 3 ได้
- การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทำได้อย่างจำกัดเนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษามีความเครียดในระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดที่พบในการศึกษานี้อาจไม่ครอบคลุมการอธิบายความเครียดในผู้ดูแลที่มีความเครียดระดับสูง


การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical applications)

- นำไปเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน
- ทำการเฝ้าระวังผู้ดูแลในผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเพื่อให้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด
- จากผลการศึกษาพบอายุของผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติส่วนใหญ่มีอายุน้อยถือเป็นข้อมูลเพื่อให้การพยาบาลกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุน้อยที่อาจถูกละเลยในการประเมินความเครียด

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป (suggestion for further study)

- ควรศึกษาหาปัจจัยความเครียดในการเก็บข้อมูลคะแนนความเครียดในครั้งที่ 2 และ 3 เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดได้ดียิ่งขึ้น
- ผลการศึกษาพบอายุของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุน้อยแต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์เช่นไร หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรระบุความสัมพันธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการวิเคราะห์ข้อมูล



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/3

ชื่อโครงการวิจัย แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวรัตนารักษ์ ชำนิศาสตร์

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564000 ต่อ 81805-7, 095-7279404 (ที่ทำงานและมือถือ)

ผู้วิจัยร่วม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์ชาติวัฒน์ วีระชัยสกุล

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นรวมถึงประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 และเนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล โดยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยของโรคที่เป็นอยู่หรือโรคเกิดใหม่ซึ่งอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือวิกฤตได้ ฉะนั้นผู้ดูแลจึงถือเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และการที่ต้องดูแลตนเองผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายหรือเวลาพักผ่อนในตนเองก็ลดลง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเป็นอย่างมากที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางป้องกันและเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/3

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก แนวโน้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งหมด 100 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

จากการประเมินเบื้องต้น หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามและประเมินแบบสอบถามด้วยตัวท่านเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน 36 ข้อ

โดยระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 30-40 นาที และจะมีการโทรศัพท์เพื่อการเก็บข้อมูลภาวะเครียดในผู้ดูแลในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 หลังจากวันเก็บข้อมูลวันแรก และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยจะทำการจัดเตรียมสถานที่ ในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของท่าน

ความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นไปโดยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย แต่การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านข้อมูล เพื่อมาพัฒนา งานวิจัย และศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไปได้ ทั้งนี้หากผู้เข้าร่วมวิจัยติดตามงานวิจัยชิ้นนี้ ท่านอาจจะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวหลังจาก ที่งานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์แล้วไปประยุกต์ใช้กับตัวท่าน เพื่อท่านได้ตระหนักรู้ และสามารถป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือ เข้าใจการเกิด ภาวะความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


- ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้
- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านพบความผิดปกติระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากผู้วิจัยทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมีหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับ ผู้ทำวิจัย คือ นางสาวรัตนภรณ์ ชานิศาสตร์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการทำวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/3

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน หรือเงินชดเชยจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวของท่านจะไม่ผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-2564346, 02-2564298 ในเวลาราชการ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการศึกษา และ ท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือ การหลอกลวง หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวรัตนภรณ์ ชานิศาสตร์



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับ วันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วย เอกสารข้อมูล
สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถาม
ข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ
ปฏิบัติหน้าที่งานในหน้าที่ หรือ สิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น
บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวล
ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการ
เก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้ สิทธิในการใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บ ข้อมูล การ
บันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ วัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึง ได้ลงนามใน
เอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการวิจัย	หน้า 1/2

สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับ วันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานในหน้าที่ หรือ สิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้ สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บ ข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ วัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึง ได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวโน้มของภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
 - 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ
 - 2) แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) จำนวน 13 ข้อ
 - 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) จำนวน 36 ข้อ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รหัส

ส่วน 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน แล้วกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ

หญิง 1	ชาย 2
--------	-------
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

โสด 1	สมรส 2	หม้าย 3	หย่า 4	แยกกันอยู่ 5
-------	--------	---------	--------	--------------
4. จำนวนบุตร.....คน
5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ 1	ประถมศึกษา 2
มัธยมศึกษา 3	อนุปริญญา 4
ปริญญาตรี 5	ปริญญาโท 6
ปริญญาเอก 7	
6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1	รับราชการ/รัฐสาหกิจ 2
พนักงานเอกชน 3	รับจ้างทั่วไป 4
อาชีพอิสระ/ ค้าขาย 5	อื่น ๆ โปรดระบุ..... 6
7. รายได้ส่วนตัวต่อเดือน

เพียงพอ เหลือเก็บ 1	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ 2
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้ 3	ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ 4
8. โรคประจำตัว

สุขภาพกาย (เช่น ความดันโลหิตสูง)	
ไม่มี 1	มี (โปรดระบุ)..... 2
สุขภาพจิต (เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล)	
ไม่มี 1	มี (โปรดระบุ)..... 2
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมา.....ปี.....เดือน
11. จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง

3

12. ท่านได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากทีมแพทย์พยาบาล

เพียงพอและเข้าใจ	1	พอเข้าใจได้บางส่วน	2
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ	3	ไม่ทราบข้อมูลเลย	4

13. ท่านอนุญาตให้มีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ท่านในการตอบแบบประเมิน

อนุญาต	1	ไม่อนุญาต	2
เบอร์โทร.....			
ช่วงเวลาที่สะดวก.....			



ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกท่านเพียงช่องเดียว

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ (เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)		
2. เป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น เพราะต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)		
3. เป็นเรื่องความตึงเครียดในร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกขึ้นผู้สูงอายุ แก้อ้อ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)		
4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว (เช่นการดูแลทำให้ไม่มีเวลาว่างหรือไม่สามารถไปเที่ยว)		
5. มีการปรับใบครอบครัว (เช่น การช่วยเหลือมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความเป็นส่วนตัว)		
6. มีการเปลี่ยนแปลงการของแต่ละคน (เช่น ปฏิเสธงาน ไม่มีเวลาพักผ่อน)		
7. เวลาส่วนตัวของฉันทิ้งต้องใช้ในด้านอื่น ๆ อีก (เช่น จากคนอื่น ๆ ในครอบครัว)		
8. มีการปรับระดับอารมณ์ (เช่น เพราะว่ามีภาระทะเลาะกันรุนแรง)		
9. มีพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุทำให้รู้สึกอารมณ์เสีย (เช่น มีปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ มีปัญหาเรื่องความจำในสิ่งต่าง ๆ)		
10. ดิฉันรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนไปมากจากเมื่อก่อน		
11. มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องงาน (เช่น จะต้องหาเวลาหยุด)		
12. เป็นเรื่องความตึงเครียดทางการเงิน		
13. มีความรู้สึกวุ่นวายต่าง ๆ ประดังเข้ามา (เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าดิฉันจะจัดการได้อย่างไร)		

ที่มา: Sasat, S. (1998). Caring for Dementia in Thailand: A study of Family care for Demented Elderly Relatives in Thai Buddhist Society. A Ph.D. Thesis, University of Hull, United Kingdom.

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

1. โดยทั่วไป คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

ดีเลิศ	1
ดีมาก	2
ดี	3
พอใช้ได้	4
ไม่ดี	5

2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว คุณพูดได้ว่าสุขภาพของคุณโดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก	1
ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	2
พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	3
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	4
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณปฏิบัติในแต่ละวัน คุณคิดว่าสุขภาพของคุณในตอนนั้น มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้อย่างเต็มที่ หรือไม่ ถ้ามี มีแค่ไหน

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ทำได้น้อยลง มาก	ทำได้ บ้าง	ทำได้ เต็มที่
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้านด้วยไม้ถูพื้น เดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ	1	2	3
ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	1	2	3
ง. ขึ้นบันไดหลายๆชั้น	1	2	3
จ. ขึ้นบันไดชั้นเดียว	1	2	3
ฉ. ก้ม คูกเข่า หรือโก่งโค้ง	1	2	3
ช. เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ซ. เดินครึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ฅ. เดินหนึ่งร้อยเมตร	1	2	3
ญ. อาบน้ำหรือแต่งตัวสวมเสื้อผ้าเอง	1	2	3

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของคุณทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ในการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันต่างๆของคุณ หรือไม่

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความลำบาก (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมี ปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆโดยไม่ระมัดระวังอย่างที่เคยทำ	1	2

6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนการทำกิจกรรม ทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน มาก น้อยเพียงใด

ไม่เลย 1
เล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการปวดตามร่างกาย รุนแรงเพียงใด

ไม่มีอาการเลย 1
มีอาการเล็กน้อยมาก 2
มีอาการเล็กน้อย 3
มีอาการปานกลาง 4
มีอาการมาก 5
มีอาการรุนแรง 6

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของคุณ รบกวนการทำงานปกติของคุณ (ทั้งที่ทำงานและงานบ้าน) เพียงใด

ไม่เลย 1
เล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับว่า คุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถามแต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด
- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่าหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกสงบสบายหรือไม่	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีพลังมากมายหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรงหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณเป็นคนที่มีความสุขหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ณ. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	1	2	3	4	5	6

10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนการทำงานทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านบ่อยแค่ไหน

ตลอดเวลา	1
เกือบตลอดเวลา	2
บางครั้ง	3
นาน ๆ ครั้ง	4
ไม่เลย	5

11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยแค่ไหนให้คุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ถูกต้อง อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ค่อนข้างจะ ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูก ต้องเลย
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นที่ฉัน รู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5



แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล (กรณีโทรเก็บข้อมูล)

คำชี้แจง ดิฉันจะอ่านรายการต่าง ๆ ที่มีผู้พบว่าเป็นปัญหาในการให้การดูแล คุณช่วยระบุได้หรือไม่ว่าข้อไหนที่คุณก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน (ยกตัวอย่าง)

	ใช่	ไม่ใช่
1. ถูกปลุกหรือรบกวนขณะนอนหลับ เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน		
2. เป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล เช่น ต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ		
3. ใช้กำลังมากเกินไป เช่น ต้องช่วยพยุงหรือดึงขึ้นจากเก้าอี้ , ต้องใช้ความพยายามหรือให้ต้องการเอาใจใส่อย่างมาก		
4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว เช่นการดูแลทำให้ไม่มีเวลาว่างที่จะไปข้างนอกหรือไปเที่ยว		
5. มีการปรับปรุงกิจวัตรประจำวันของบุคคลในครอบครัว เช่น การให้การดูแลทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัวผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน		
6. มีการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคน เช่น ปฏิเสธงาน ,ไม่มีเวลาพักผ่อน		
7. เวลาส่วนตัวของฉันทยังต้องใช้ในด้านอื่น ๆ อีก เช่น จากคนอื่น ๆ ในครอบครัว		
8. มีการปรับระดับอารมณ์ เช่น เพราะว่ามีกรทะเลกันรุนแรง		
9. มีพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุทำให้รู้สึกอารมณ์เสีย เช่น มีปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ มีปัญหาเรื่องความจำในสิ่งต่าง ๆ		
10. ดิฉันรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนไปมากจากเมื่อก่อน		
11. มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องงาน เช่น จะต้องหาเวลาหยุด		
12. เป็นเรื่องความตึงเครียดทางการเงิน		
13. มีความรู้สึกวุ่นวายต่าง ๆ ประดังเข้ามา เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าดิฉันจะจัดการได้อย่างไร		

ที่มา: Sasat, S. (1998). *Caring for Dementia in Thailand: A study of Family care for Demented Elderly Relatives in Thai Buddhist Society*. A Ph.D. Thesis, University of Hull, United Kingdom.

บรรณานุกรม

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. บริษัท พหลินเทอริ จำกัด 999 อาคารศูนย์การเรียนรู้ ชั้น 2 มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2560.
2. ถาวร มาตั้น เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47:67-78.
3. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542: นานมีบุ๊คส์; 2003.
4. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping: Springer Publishing Company; 1984.
5. Thailand. Krasūang Watthanatham. Sūn Faorawang thāng W. คู่มือคลายเครียด: ศูนย์สื่อสารสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2010.
6. ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์; 2542.
7. พนิดดา ศรีหาค้าง. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
8. สมบัติ ตาปัญญา. คู่มือคลายเครียด : ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและแก้ไข. 2, editor. กรุงเทพฯ: เจริญบุญการพิมพ์; 2526.
9. อรพรรณ ลีอัญญาวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. เจียมจิต แสงสุวรรณ และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2544.
11. เกரியศักดิ์ เกரிய ฤทธิอา. [cited 2562 5 มกราคม]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/121180>.
12. รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2557;20:203-28.
13. Al-Zahrani R, Bashihab R, Ahmed AE, Alkhodair R, Al-Khateeb S. The prevalence of psychological impact on caregivers of hospitalized patients: The forgotten part of the equation. Qatar medical journal. 2015;2015(1):3-.

14. Virnig B, Lynn J, Mueller-Rizner N, Desbiens NA. Stress in Caregivers of Hospitalized Oldest-Old Patients. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2001;56(4):M231-M5.
15. Mehta KK. Stress among Family Caregivers of Older Persons in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2005;20(4):319-34.
16. Sasat S. Caring for dementia in Thailand : a study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society: The University of Hull; 1998.
17. Watcharee Leurmarkul aPM. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *Thai J Pharm Sci*. 2005:69-88.
18. Ware J, Snoww K, Ma K, Bg G. SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric, Inc, 1993. 1993;30.
19. Rattanawimol C. Role strain of family caregivers of dependent elderly : a case study of the municipality of Sukhothai province. bangkok: Chulalongkorn; 2545.
20. Kaewraya K. Relationships between personal factors, ability of elderly to perform daily living activities, elderly and elderly caregiver relationships and role stress of caregiver of the elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi Province. Bangkok: Chulalongkorn; 1997.
21. Sasat S, Bryar R, Newens A. Care of Demented Older Persons by Families in Thailand. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2000;1:15-24.
22. Penlap N. Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital: Chulalongkorn.
23. Palos GR, Mendoza Tr Fau - Liao K-P, Liao Kp Fau - Anderson KO, Anderson Ko Fau - Garcia-Gonzalez A, Garcia-Gonzalez A Fau - Hahn K, Hahn K Fau - Nazario A, et al. Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. (0008-543X (Print)).
24. Cho MH, Dodd Mj Fau - Lee KA, Lee Ka Fau - Padilla G, Padilla G Fau - Slaughter R, Slaughter R. Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. (0885-8195 (Print)).
25. จิรนนท์ ปุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, กรวรรณ ยอดไม้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการ

สาธารณสุข. 2562.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวรัตนารณ์ ชำนิศาสตร์
วัน เดือน ปี เกิด	29 ธันวาคม 2536
สถานที่เกิด	ชลบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย)
ที่อยู่ปัจจุบัน	199 ต.ท่าราบ ถ.ราชดำเนิน อ.เมือง จ.เพชรบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY