

ชื่อเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอคีรีรัฐนิคม

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Quality of life of dementia caregiver in Kiriratnikhom district, Suratthani

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต
 ศึกษาภาวะ care giver burden ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอกีร์รัฐนิคม ที่
 ได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอกีร์รัฐนิคม จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
 การวิจัยคือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด
 แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย
 โลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระโรค(
 Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทยจำนวน 26 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่าง
 วันที่ 1- 25 กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ ANOVA ผลการศึกษาพบว่า
 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่อายุ 55 ปีขึ้นไป สถานภาพ
 คู่เกือบทั้งหมด ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 80 สองในสามมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อ
 เดือน เกือบครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบมากคือบุตรคิด
 เป็นร้อยละ 70 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยอยู่ในระดับ
 น้อยและปานกลางพอๆกันและมักไม่มีอาการแสดงทางพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา
 ทุกคน ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลกีร์รัฐนิคมและผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากชุมชน
 ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ
 54.9 และระดับปานกลางร้อยละ 45.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีภาระ
 การดูแลน้อยถึงปานกลางร้อยละ 29.4 และมีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 5.9 และพบว่า
 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และโรคประจำตัว
 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค
 อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย สถานพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่
 มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต ภาระการดูแล สมองเสื่อม

บทนำ

ปัจจุบัน โครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่างๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ปรากฏการณ์ทางประชากรนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ซึ่งในปี 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว อย่างไรก็ตามประชากรในแต่ละภูมิภาคมีระดับการสูงวัยไม่เท่ากัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด ในขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำสุด ทวีปเอเชียซึ่งมีประชากรราวหนึ่งในสามของประชากรโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 508 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรสูงอายุทั้งโลก สำหรับประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น ตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ, 2558) จากการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายตามธรรมชาติ มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากความสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่ออัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหานอนไม่หลับ มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งทำการ

สำรวจประชาชนทั้งสิ้น 21,960 คน พบว่า ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 12.4% โดยในผู้ชายพบ 9.8% ขณะที่ผู้หญิงอยู่ที่ 15.1% เทียบเท่าผู้สูงอายุวัยเกิน 60 ปี ทุกๆ 8 คน จะพบคนเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน แบ่งตามช่วงอายุ 60 – 69 ปี อยู่ที่ 7.1% หรือเทียบเท่าผู้สูงอายุวัย 60-69 ทุกๆ 14 คน จะเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน ช่วงอายุ 70-79 ปีอยู่ที่ 14.7% หรือเทียบเท่าทุกๆ 7 คน จะพบโรคสมองเสื่อม 1 คน อายุ 80 ปีขึ้นไปพบสูงถึง 32.5% หรือทุกๆ 3 คน จะมีอาการสมองเสื่อม 1 คน(สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม(<http://azthai.org/>) เมื่อโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การดำเนินของโรคที่ถดถอยลงอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความจำ พฤติกรรม และการช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาการดำเนินโรคที่นานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเฉพาะ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะที่มีอาการรุนแรง ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความเข้าใจ มีความรู้เรื่องการดูแล และมีวิธีในการจัดการความเหนื่อยล้าจากการดูแลของตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ care giver burden ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดูแลตามมา

อำเภอคีรีรัฐนิคมก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2561 พบกลุ่มที่สงสัยสมองเสื่อมจำนวน 52 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 6,295 คน คิดเป็น 0.82 % ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีแนวทางการดูแล ประเมินผลและติดตามผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่จะทำให้การดูแลรักษาประสบความสำเร็จ จากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผ่านมาพบว่าระบบในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตยังขาดความต่อเนื่อง การดูแลอย่างเป็นระบบและการประเมินผลที่ดีด้วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอคีรีรัฐนิคมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอคีรีรัฐนิคม
2. เพื่อประเมินภาวะ care giver burden ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละคำมีความหมายดังนี้

ไม่เลย	1	คะแนน
เล็กน้อย	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
มาก	4	คะแนน
มากที่สุด	5	คะแนน

ข้อ 2,9,11 เป็นคำถามเชิงลบ คะแนนตรงกันข้าม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระโรค (Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทยจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต(Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละคำมีความหมายดังนี้

ไม่เคยเลย	0	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	1	คะแนน
เป็นบางครั้ง	2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	3	คะแนน
เกือบจะเป็นประจำ	4	คะแนน

แปลผลโดยแบ่งระดับคะแนน

- 0 - 20 คะแนนไม่มีภาวะการดูแล
- 21 - 40 มีภาวะการดูแลน้อยถึงปานกลาง
- 41 - 60 มีภาวะการดูแลปานกลางถึงรุนแรง
- 61 - 88 มีภาวะการดูแลรุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากข้อมูลการคัดกรองภาวะผู้ป่วยสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของอำเภอคีรีรัฐนิคมพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวน 52 คน ผู้วิจัยได้ร่วมกับทีมดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล คีรีรัฐนิคม ลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

- 1.สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Independent t test และ One Way ANOVA

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอคีรีรัฐนิคมที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. คุณภาพชีวิต
3. ภาวะการดูแล
4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่อายุ 55 ปีขึ้นไป สถานภาพคู่เกือบทั้งหมด ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 80 สองในสามมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เกือบครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ

บุตรคิดเป็นร้อยละ 70 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลางพอๆกันและมักไม่มีอาการแสดงทางพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาทุกคน ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลศิริรัฐนิคมและผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากชุมชนด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	33.3
หญิง	34	66.7
อายุ (ปี)		
<45	14	27.5
45-54	15	29.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
≥ 55	22	43.1
สถานภาพ		
โสด	3	5.9
คู่	45	88.2
หม้าย/หย่า/แยก	3	5.9
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	41	80.4
ราชการและรัฐวิสาหกิจ	4	7.8
รับจ้าง	3	5.9
ค้าขาย	1	2.0
อื่นๆ	2	3.9
รายได้(บาท)		
≤10,000	16	31.4
>10,000	35	68.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	2.0
ประถมศึกษา	24	47.1
มัธยมศึกษา	18	35.3
ปริญญาตรี	6	11.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.9
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	9	17.6
บุตร	36	70.6
หลาน	3	5.9
ญาติ	2	3.9
ถูกจ้าง	1	2.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	37	72.5
มี	14	27.5
ความดันโลหิตสูง	11	21.6
ไขมันในเลือดสูง	6	11.8
ไทรอยด์	3	5.9
ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย		
รุนแรงน้อย	23	45.1
รุนแรงปานกลาง	24	47.1
รุนแรงมาก	4	7.8
อาการทางพฤติกรรมและอารมณ์		
ไม่มี	32	62.7
มีทุกวัน	11	21.6
มีบ่อยครั้ง	6	11.8
มีนานๆครั้ง	2	3.9
สถานพยาบาลหลัก		
รพ.สุราษฎร์ธานี	8	15.7
รพ.ศิริรัฐนิคม	43	84.3
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
มี	31	60.8
ไม่มี	20	39.2

2.คุณภาพชีวิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอำเภอศิริรัฐนิคม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูงและปานกลาง ไม่มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำเลย และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่คุณภาพชีวิตสูงมากคือมีความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 82.4 การผูกมิตรหรือเข้ากับผู้อื่น ร้อยละ 78.4 และพอใจกับความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 78.4 ส่วนข้อที่มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ คือ การมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย ร้อยละ 29.4 การมีความรู้สึกไม่ดี เช่นเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง

ร้อยละ 27.5 ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลร้อยละ 23.5 และการมีเงินไม่เพียงพอตามความจำเป็น ร้อยละ 11.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ

ข้อที่	หัวข้อ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง	0.0	3.9	39.2	51.0	5.9
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง	2.0	35.3	33.3	17.6	11.8
	ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่					
	ต้องการ					
3	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	0.0	3.9	29.4	41.2	25.5
4	ความพอใจกับการนอนหลับ	2.0	3.9	25.5	54.9	13.7
5	ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข	2.0	3.9	43.1	49.0	2.0
	ความสงบ มีความหวัง)					
6	การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	2.0	3.9	17.6	60.8	15.7
7	ความรู้สึกพอใจในตนเองมาก	2.0	2.0	21.6	64.7	9.8
8	ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	2.0	3.9	23.5	64.7	5.9
9	มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่	9.8	29.4	33.3	11.8	15.7
	สิ้นหวัง วิตกกังวล					
10	รู้สึกพอใจ ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ใน	2.0	2.0	21.6	43.1	31.4
	แต่ละวัน					
11	ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล	15.7	45.1	15.7	5.9	17.6
	เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ใน					
	แต่ละวัน					
12	ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้	2.0	2.0	17.6	49.0	29.4
	อย่างที่เคยทำมา					
13	ความพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	0.0	2.0	19.6	72.5	5.9
	อย่างที่ผ่านมา					
14	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก	2.0	3.9	41.2	51.0	2.0
	เพื่อนๆ					
15	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	2.0	0.0	21.6	72.5	3.9

ข้อที่	หัวข้อ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
16	พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	0.0	3.9	21.6	64.7	9.8
17	มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.9	7.8	49.0	39.2	0.0
18	พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น	0.0	3.9	25.5	68.6	2.0
19	การรับรู้เรื่องข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	0.0	9.8	13.7	72.5	3.9
20	มีโอกาสดักผ่อนคลายเครียด	2.0	5.9	52.9	39.2	0.0
21	มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ	0.0	2.0	22.5	17.6	0.0
22	พอใจกับระบบการคมนาคม	0.0	5.9	13.7	54.9	25.5
23	รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	0.0	0.0	23.5	70.6	5.9
24	สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้	0.0	3.9	13.7	41.2	41.2
25	ความพอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิต ทางเพศหมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น แล้ว มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตนเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)	5.9	3.9	19.6	68.6	2.0
26	คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่ ในระดับใด)	0.0	2.0	33.3	60.8	3.9

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 54.9 และระดับปานกลางร้อยละ 45.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง(65-95 คะแนน)	23	45.1
สูง(96-130 คะแนน)	28	54.9

3. ภาวะการดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอำเภอศิริราชนิคมส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะการดูแล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่เป็นภาวะการดูแลมากที่สุด ได้แก่ การรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเอง ร้อยละ 17.7 การรู้สึกว่าไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง ร้อยละ 13.7 การที่ผู้ป่วยคาดหวังว่ามีตนเองเท่านั้นที่พึ่งได้ ร้อยละ 13.7 และความรู้สึกว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้ ร้อยละ 13.7 และพบว่าไม่มีใครรู้สึกมีภาวะการดูแลในเรื่องการมีความตึงเครียดขณะอยู่กับผู้ป่วย การมีความรู้สึกว่าไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้ ไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตัวเองได้และอยากเลิกดูแลผู้ป่วยและหาใครสักคนมาดูแลแทน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามคะแนนภาวะการดูแล

ข้อที่	คำถาม	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบจะเป็นประจำ
1.	รู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	51.0	27.5	15.7	3.9	2.0
2.	รู้สึกว่าไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องมาจากการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มาก	17.6	45.1	23.5	13.7	0.0
3.	รู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย และงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	35.3	31.4	27.5	3.9	2.0
4.	รู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	52.9	25.5	19.6	2.0	0.0
5.	รู้สึกหงุดหงิดใจหรือโกรธขณะที่อยู่กับผู้ป่วย	54.9	37.3	7.8	0	0.0

ข้อที่	คำถาม	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบจะเป็นประจำ
6.	รู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆหรือคนใกล้ชิดลดลง	72.5	17.6	7.8	2.0	0.0
7.	รู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดในอนาคตกับผู้ป่วยที่ดูแล	29.4	37.3	27.5	5.9	0.0
8.	รู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเอง	23.5	29.4	29.4	11.8	5.9
9.	รู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่กับผู้ป่วย	49.0	43.1	7.8	0	0.0
10.	รู้สึกว่าสุขภาพของไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	64.7	17.6	13.7	3.9	0.0
11.	รู้สึกว่าไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	47.1	31.4	19.6	2.0	0.0
12.	รู้สึกว่าไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	39.2	29.4	27.5	2.0	2.0
13.	รู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อนเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	43.1	29.4	23.5	3.9	0.0
14.	รู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตนเองมากเสมือนมีตนคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	41.2	31.4	13.7	7.8	5.9
15.	รู้สึกว่าไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	58.8	19.6	15.7	2.0	3.9
16.	รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป	84.3	11.8	3.9	0.0	0.0
17.	รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	84.3	9.8	5.9	0.0	0.0
18.	อยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยและหาใครสักคนมาดูแลแทน	88.2	5.9	5.9	0.0	0.0
19.	รู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	19.6	74.5	3.9	2.0	0.0

ข้อที่	คำถาม	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบจะเป็นประจำ
20.	รู้สึกว่าการที่จะทำอะไรให้มากกว่านี้เพื่อผู้ป่วยที่ท่านดูแล	7.8	33.3	45.1	11.8	2.0
21.	รู้สึกว่าน่าจะดูแลผู้ป่วยของท่านได้ดีกว่านี้	9.8	15.7	60.8	9.8	3.9
22.	โดยภาพรวมรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ	37.3	47.1	11.8	3.9	0.0

เมื่อพิจารณาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแลคิดเป็นร้อยละ 64.7 มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลางร้อยละ 29.4 และมีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 5.9 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามระดับภาระการดูแล

ระดับภาระการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาระการดูแล(0-20คะแนน)	33	64.7
มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง (21-40คะแนน)	15	29.4
มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง (41-60คะแนน)	3	5.9

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

อายุผู้ดูแลที่มีอายุเฉลี่ยแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

เพศผู้ดูแลที่มีเพศต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าเพศที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

สถานภาพผู้ดูแลที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

อาชีพผู้ดูแลที่มีอาชีพต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

รายได้ ผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีรายได้มากกว่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรและญาติ มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัวผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

การมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

สถานพยาบาลหลัก ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลทั้งสองแห่งไม่แตกต่างกัน

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลจากสังคมไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันดังรายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามตัวแปรต่างๆ

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
1	อายุ			.541	
2	<45	95.64	7.51		
3	45-54	95.33	9.81		
4	≥55	92.81	9.48		
1	เพศ			.403	
2	ชาย	95.05	7.87		
3	หญิง	93.97	9.61		
1	สถานภาพ			1.053	
2	โสด	99.66	11.15		
3	คู่	93.66	9.06		
4	หม้าย/หย่า/แยก	99.00	3.46		
1	อาชีพ			.635	
2	เกษตรกรรวม	94.24	8.79		
3	ราชการและรัฐวิสาหกิจ	99.75	10.11		
4	รับจ้าง	89.66	14.64		
5	ค้าขาย	97.00	.		
6	อื่นๆ	91.00	4.24		
1	รายได้			-2.553*	
2	≤10,000	89.81	8.96		
3	>10,000	96.40	8.36		
1	ระดับการศึกษา			1.967	
2	ไม่ได้ศึกษา				
3	ประถมศึกษา	91.52	10.00		
4	มัธยมศึกษา	96.05	7.02		
5	ปริญญาตรี	98.66	7.28		
6	มากกว่าปริญญาตรี	101.00	9.89		

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			4.572*	
1	คู่สมรส	86.33	7.63		1,2
2	บุตร	96.47	7.85		1,4
3	หลาน	94.66	6.80		
4	ญาติ เช่น ลุง ป้า น้า อา	101.5	9.19		
5	ลูกจ้าง				
	โรคประจำตัว			-2.231*	
1	ไม่มี	96.00	8.63		
2	มี	89.92	8.76		
	ระดับความรุนแรงของโรค			.035	
1	รุนแรงน้อย	94.26	7.92		
2	รุนแรงปานกลาง	94.20	9.31		
3	รุนแรงมาก	95.50	15.02		
	อาการแสดงทางพฤติกรรมและอารมณ์			.197	
1	ไม่มี	95.09	8.34		
2	มีทุกวัน	93.18	9.26		
3	มีบ่อยครั้ง	93.00	10.13		
4	มีนานๆครั้ง	92.50	21.92		
	สถานพยาบาลหลัก			.780	
1	รพ.สุราษฎร์ธานี	96.62	7.81		
2	รพ.ศิริรัฐนิคม	93.90	9.23		
	การได้รับการสนับสนุนทางสังคม			1.171	
1	มี	95.51	8.33		
2	ไม่มี	92.50	9.90		

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต คีคุณภาพภาวะ care giver burden ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอำเภอกีร์รัฐนิคม ที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอกีร์รัฐนิคม จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระโรค (Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทยจำนวน 26 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 1- 25 กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ ANOVA ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 54.9 และระดับปานกลางร้อยละ 45.1

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลางร้อยละ 29.4 และมีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 5.9

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและโรคประจำตัวส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย สถานพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 54.9 และระดับปานกลางร้อยละ 45.1 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่คุณภาพชีวิต

สูงมาก คือมีความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 82.4 การผูกมิตรหรือเข้ากับผู้อื่น ร้อยละ 78.4 และพอใจกับความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 78.4 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ถูกเลือกมาแล้วภายในครอบครัว มักจะเป็นผู้ที่มีศักยภาพสูง สามารถดูแลตัวเองได้เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจึงมีคนคอยช่วยเหลือ และผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยได้และอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Farina N และคณะ(2017) ได้ศึกษาคำยวิธียุบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (SYSTEMATIC REVIEW) จากงานวิจัยทั้งหมด 41 เรื่อง

ส่วนข้อที่มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ คือ การมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย ร้อยละ 29.4 การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหนงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ร้อยละ 27.5 ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 23.5 และการมีเงินไม่เพียงพอตามความจำเป็น ร้อยละ 11.7 อธิบายได้ว่าเมื่อต้องเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทำให้ต้องสละเวลาให้ผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มความสามารถ แม้กระทั่งการดูแลตัวเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง หรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery W และคณะ (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในประเทศญี่ปุ่น

2.ภาระการดูแล เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่เป็นภาระการดูแลมากที่สุด ได้แก่ การรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาตน ร้อยละ 17.7 การรู้สึกว่าไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง ร้อยละ 13.7 การที่ผู้ป่วยคาดหวังว่ามีตนเองเท่านั้นที่พึ่งได้ ร้อยละ 13.7 และความรู้สึกว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้ ร้อยละ 13.7 อธิบายได้ว่า มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องการความอิสระในการใช้ชีวิต การรู้สึกถูกยึดติดกับผู้ป่วยเป็นความรู้สึกไม่อิสระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vellone E และคณะ(2015) และพบว่าข้อที่ไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแลเลย คือการมีความตึงเครียดขณะอยู่กับผู้ป่วย การมีความรู้สึกว่าไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้ ไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตัวเองได้ และอยากเลิกดูแลผู้ป่วยและหาใครสักคนมาดูแลแทน อธิบายได้ว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดคือคู่สมรสที่อยู่กันมานาน บุตรหลานและญาติ ซึ่งสังคมไทยโดยเฉพาะอำเภอคีรีรัฐนิคม ซึ่งเป็นชุมชนชนบทยังมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติอย่างแน่นแฟ้น และยึดมั่นในเรื่องความกตัญญูกตเวที ทำให้ความรู้สึกเหล่านี้ค่อย

3.ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัวของ ผู้ดูแล และรายได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีรายได้แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน คือผู้มี

รายได้สูงกว่า จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่า อธิบายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ที่จำเป็นได้ รวมทั้งสามารถซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery W และคณะ(2018) ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรและญาติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อธิบายได้ว่าโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุ และคู่สมรสจะอยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน มีโรคประจำตัวมาก และรายได้น้อยกว่าบุตรและญาติ ทำให้มีความสามารถในการจัดการด้านต่างๆ น้อยกว่า การศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Farina N และคณะ(2017) ซึ่งได้ศึกษาด้วยวิธีรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (SYSTEMATIC REVIEW) จากงานวิจัยทั้งหมด 41 เรื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dawood S (2013) ศึกษาการเกิดภาวะ care giver burden คุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า เมื่อเรามีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายเสื่อมทรุดส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความเครียด ท้อแท้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ต้องเข้ารับการรักษา มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Vellone E และคณะ(2015) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์

ส่วนปัจจัยด้านอายุและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่โรคสมองเสื่อมที่ต้องอาศัยการดูแลโดยใช้ความรู้และทักษะของผู้ดูแลหลายด้าน และความร่วมมือจากหลายส่วน คือโรคที่อยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องใช้ผู้ดูแลที่มีศักยภาพสูงมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Koyama A และคณะ(2017) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยและอายุมากจะมีคะแนนด้านสุขภาพทางจิตน้อยกว่ากลุ่มปกติ และไม่สอดคล้องกับ Pereira LS และคณะ(2016) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยวิธีค้นคว้าอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยทั้งหมด 447 เรื่อง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง และระดับปานกลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแล และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และโรคประจำตัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากอำเภอกีรีรัฐนิคมมีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้ระบบการดูแลระยะยาว (long term care) แต่จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทีมการดูแลผู้สูงอายุควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงความคุ้มค่าของการจัดบริการระบบ long term care

2. จากคะแนนคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างต่ำคือ การรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง และการมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัดและนักจิตวิทยาคลินิก ควรทำกิจกรรมเพื่อลดอาการดังกล่าวในผู้ดูแล และการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ดูแล ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องคุณภาพชีวิตและภาระการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ท้องถิ่นควรส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างรายได้ของผู้ดูแล ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยได้

5. ท้องถิ่นควรจัดหาแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน เพื่อลดปัญหาภาระการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลด้วยกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วย

6. เครือข่ายบริการสุขภาพควรประสานความร่วมมือกับท้องถิ่น ในการสนับสนุนผู้ดูแลให้เข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น การหาผู้ดูแลสำรองในช่วงที่ผู้ดูแลหลักต้องไปพบแพทย์ตามนัด หรืออำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558).คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.สำนักกิจการโรง
พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก:กรุงเทพฯ

วนิดา พุ่มไพศาลชัย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.
2545(ออนไลน์).สืบค้นจาก<https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

วิรัชดี เมืองไพศาล.(2559).การป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พิมพ์ครั้งที่ 4.
ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์:นนทบุรี

วิรัชดี เมืองไพศาล.เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม(ออนไลน์).สืบค้นจาก
http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_2.html

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558).แนวทางการดูแลรักษากลุ่ม
อาการสูงอายุ(Geriatric syndrome).บริษัท อีส ออกัส จำกัด:

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2557).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.บริษัท ชนาเพชร
จำกัด:กรุงเทพฯ

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สืบค้นจาก <http://azthai.org/>

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน.เทคนิคการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
สิรินันท์ กิตติสุขสถิต.(2557).คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข พิมพ์ครั้งที่ 2.บริษัท อัทธรรยู ศรี
เอทนิว จำกัด:นนทบุรี(ออนไลน์) สืบค้นจาก

<http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/425-Quality-of-Life.pdf>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล นางสาวเขวดี โปกุล

การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม