

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

นิพร ชัดตา, พย.ม.¹

ชนิดุชา หาญประสิทธิ์คำ, Ph.D.²

อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (Dependent care agency) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 85 คน เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดภาระการดูแล และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = .479, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.334, p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.420, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .451, p < .01$) รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = -.185, p > .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .512, p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.349, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .432, p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.524, p < .01$) และระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิต ($r = -.042, r = .117, p > .05$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: ภาระการดูแล, ญาติผู้ดูแล, คุณภาพชีวิต, การลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author) E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Relationships among Selected factors, Caregiving Burden, and Quality of life of Caregivers of Persons Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Niporn Khatta, M.N.S.¹

Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.²

Apinya Siripitayakunkit, Ph.D.³

Abstract

This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between selected factors on caregiver burden and the quality of life of caregivers of people undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Dependent Care Agency was used to guide this study. Eighty-five caregivers of persons undergoing CAPD at Renal clinic, Lampang hospital were purposively selected in this study. The demographic data, Reward of Caregiving Scale, the Family APGAR Questionnaire, Zarit Burden Interview and the Quality of Life Questionnaire were utilized to collect data in this study. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and Spearman's Rho correlation coefficient. The results showed that the perception of caregiving burden was at mild to moderate, and quality of life (QOL) was at moderate. Age of caregivers was positively related to caregiving burden ($r = .479, p < .01$), and negatively related to QOL ($r = -.334, p < .01$). Health status was negatively related to caregiving burden ($r = -.420, p < .01$), and positively related to QOL ($r = .451, p < .01$). Reward of care giving was not related to caregiving burden ($r = -.185, p > .05$), and positively related to QOL ($r = .512, p < .01$). Family support was negatively related to caregiving burden ($r = -.349, p < .01$), and was positively related to QOL ($r = .432, p < .01$). Duration of care was not related to caregiving burden and QOL ($r = -.042, r = .117, p > .05$) respectively. Caregiving burden was negatively related to QOL ($r = -.524, p < .01$). The results of the study can be used as a basis for the intervention such as formulating recommendations and supporting the caregivers in order to decrease caregiver burden and increase the QOL of caregivers.

Key words: Caregiving burden, Caregivers, QOL, CAPD

¹ Lecturer, Master's Student, Master of Nursing Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, (Corresponding author) E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th

³ Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: January 3, 2018; Revised: March 5, 2018; Accepted: April 8, 2018

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ในระยะแรกจะยังไม่มีการแสดงที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจและตระหนักในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage kidney disease: ESRD) ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเสียได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต (ฐานา ธรรมคุณ, พิมพ์สุรงค์ สุวรรณเจริญ และทรัพย์ทวีทรัพย์มาก, 2557) ซึ่งจากนโยบาย “PD first policy” ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพทุกรายรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรก โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเน้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเองที่บ้าน จะเห็นได้ว่าวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้เพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการทำ CAPD ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าในปีพ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้รักษาด้วย CAPD 2,760 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 6,829 ราย, 12,150 ราย และ 21,402 ราย ในปี พ.ศ. 2553, 2555, และ 2557 ตามลำดับ (Thai Nephrology Society of Thailand, 2014) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในวัยผู้สูงอายุ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรู้คิด การตัดสินใจ หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ย่อมทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกรล้างไตได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการล้างไตทางช่องท้องแทน จากความซับซ้อนของขั้นตอนในการ

ปฏิบัติและการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล และทำให้รู้สึกเป็นภาระที่หนักในการดูแลผู้ป่วย

ภาระการดูแล (caregiving burden) เป็นปฏิกริยาการตอบสนองในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคม ที่เป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการในการดูแลกับบริบทต่าง ๆ ได้แก่ เวลาส่วนตัว บทบาททางสังคม ภาวะสุขภาพ และอารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งเป็นผลจากการดูแลโดยตรง (Almazly & Samara, 2014) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงิน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สุขภาพร่างกาย และจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่มากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Tong, Sainsbury, & Craig, 2008) การลดความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลนั้นต้องมีการเตรียมญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรก นอกจากการเตรียมญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลแล้ว ยังพบว่าปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว อาจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1) อายุ เนื่องจากอายุของญาติผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น จะเกิดความเสื่อมของร่างกายตามวัย ที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย และคุณภาพการดูแล มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ (Jeong, Jeong, Dim, & Kim, 2015; Shimoyama et al., 2003) 2) ระยะ

เวลาการดูแล จากที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลายาวนานและภาระงานที่มาก ส่งผลให้ ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อย สุขภาพเสียพลังงานจากการดูแล รู้สึกอ่อนล้าหมดแรงซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดจากบทบาทของญาติผู้ดูแล มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง ทำให้รับรู้ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ตามมา (Samartkit, Kasemkitvattana, Thosingha, & Vorapongsathorn, 2010) จากการศึกษาของ Salama และ El-Soud (2012) ก็พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สุริสา เต็มทับ, 2548) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยณี, เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, และอารีย์ วรรณ อ่อมธานี, 2558) 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายไม่ดี จะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น และรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด ความรู้สึกด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ จะทำให้รับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกันทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeong et al., 2015) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยณี และคณะ, 2558) 4) รางวัลที่ได้จากการดูแล เป็นทัศนคติ ความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้นระหว่างสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล (Archbold et al., 1995) การรับรู้ความรู้สึกของรางวัลที่ได้จากการดูแลจะเป็นตัวช่วย

ผ่อนคลายความรู้สึกในด้านลบ และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพาสุเคราะห์หว่างการดูแลผู้ป่วย (Rattanasuk, Nantachaipan, Sucamvang, & Moongtui, 2013) ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับรางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง จะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และ 5) การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยน้อยเพราะครอบครัวจะช่วยสนับสนุนญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา สถานการณ์ความเครียด และภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงขณะการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วย (Rattanasuk et al., 2013) รับรู้ภาระการดูแลในระดับน้อยหรือรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง และยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแลกับการรับรู้ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแลและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

- 1) อายุ และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- 2) อายุ และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

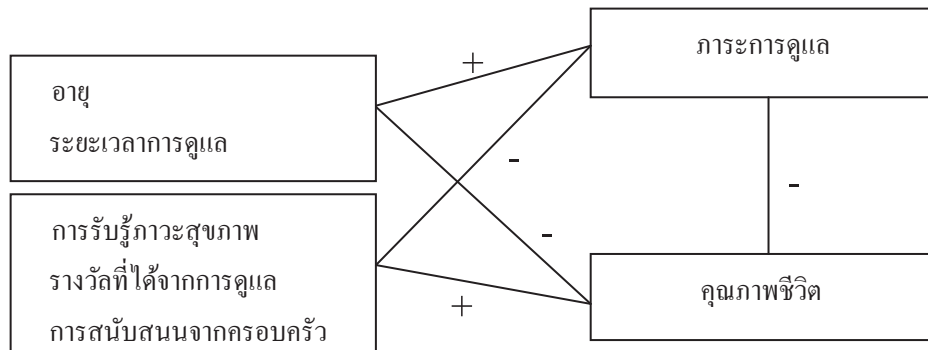
5) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (dependent care agency) และปัจจัยพื้นฐานของโอเร็ม (Orem, 2001; 285) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล (caregiving burden) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เมื่อบุคคลมีปัญหาสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตนเองได้ ต้องการบุคคลอื่นหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อกระทำการดูแลทดแทนให้ โอเร็ม (Orem, 2001) เรียกบุคคลที่ต้องดูแลผู้ต้องการพึ่งพาว่า dependent care agent ซึ่งบุคคลที่ต้องดูแลผู้ต้องการพึ่งพาหรือญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (dependent care agency) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งระบบการดูแลตนเองและบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยนั้นต้องรับบทบาท 2 ส่วน (dual roles) ทั้งการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Orem, 2001; 285) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพามีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ ภาวะ

สุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ (Orem, 2001) หากความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาไม่เพียงพอหรือยังไม่ได้พัฒนา ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาและความพยายามหรือมีความยากลำบากในการดูแล

ผู้ต้องพึ่งพาสูง ทำให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ มีผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการลี้ยงดูทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม โรงพยาบาลลำปาง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลที่ได้รับการลี้ยงดูทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม โรงพยาบาลลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญโดยเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ได้รับการลี้ยงดู

ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ได้รับการลี้ยงดูทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นญาติผู้ดูแลรอง ผู้ดูแลชั่วคราว หรือไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย 2) อายุน้อยกว่า 18 ปี 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน และ 4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Confidence level) เท่ากับ 95% ($\alpha=0.05$) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 ขนาดของอิทธิพล (Effect size) พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร (อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัล

ที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว) กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง $r = -0.330$ ถึง -0.554 ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันขนาดปานกลางเท่ากับ 0.30 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 84 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับอนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่โครงการ ID 02-60-59ย) และของโรงพยาบาลลำปางเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการศึกษาไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไต

เรื้อรัง ระยะเวลาในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย บุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และให้ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณเชิงเส้นตรง โดยมีเลขวัดจาก 0-10 โดย 0 หมายถึง สุขภาพไม่ดีเลย จนถึง 10 หมายถึง สุขภาพดีมาก

3. แบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล (Rewards of caregiving scale) ฉบับภาษาไทยของนิภาวรรณ สามารถกิจ และคณะ (Samartkit et al., 2010) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือไม่เคยเลย หมายถึง รู้สึกไม่เคยได้รับรางวัลจากการดูแลเลย จนถึง 4 คือ ได้รับมากมาย หมายถึง รู้สึกได้รับรางวัลจากการดูแลมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง มีการนำไปใช้ทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Samartkit et al., 2010) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง (Rattanasuk et al., 2013) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 และ .91

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ฉบับภาษาไทยของพรทิพย์มาลาธรรม (Malathum, 2001) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เคยพึงพอใจ หมายถึง รู้สึกไม่เคยพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวเลย จนถึง 4 คือ พึงพอใจมาก หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวมาก มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-6 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ 7-13 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง มีการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังได้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .80 (พรทิพย์มาลาธรรม, ปิยนันท์พรหมคง, และประคอง อินทรสมบัติ, 2552)

5. แบบวัดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) เป็นการประเมินความรู้สึกด้านลบ และทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากการให้การดูแลบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำนวน 22 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เห็นด้วย หมายถึง รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ จนถึง 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0-88 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-20 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแล

ระดับต่ำหรือรับรู้ว่าจะไม่ได้เป็นภาระ 21-40 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับต่ำถึงระดับปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลางถึงระดับสูง และ 61-88 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับสูง มีการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, 2558) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อนุสรณ์ เน้นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภาหอมสินธุ์, 2559) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และ .91

6. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (World Health Organization Quality of Life – BREF: WHOQOL-BREF) เป็นการประเมินการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เลย หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมาก หรือแย่มาก จนถึง 5 คือ มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก คะแนนรวมทั้งหมด 26-130 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เขวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมณี, 2557) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษานี้มีการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้กับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล (Rewards of caregiving scale) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) แบบวัดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (World Health Organization Quality of Life – BREF: WHOQOL-BREF) เท่ากับ .89, .84, .92 และ .91 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แนะนำตัวขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนอกอายุรกรรมคลินิกโรคไตเสื่อม เลือกรวมกลุ่มตัวอย่างโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกช่วยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนล่วงหน้า และพาผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือญาติผู้ดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลตกลงเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอม

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างขณะรอผู้ป่วยเข้าตรวจ หรือหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว ในห้องสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

3. ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการวิเคราะห์ข้อมูลจะอยู่ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ

4. ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและลงรหัสข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive) (ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ข้อมูลคัดสรรและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล กับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวแบบปกติ ยกเว้นตัวแปรระยะเวลาการดูแลจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 85 คน มีอายุตั้งแต่ 18-72 ปี อายุเฉลี่ย 48.68 ปี (SD = 11.72) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ

56.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.8 มีสถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 82.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 52.9) ทั้งหมดนับถือศาสนา พุทธ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 70.6 ไม่มีโรคประจำตัว เกือบครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 49.4) มีคะแนนเฉลี่ย 7.25 (SD = 2.17) มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกับ ผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ บุตร และบิดา/มารดา (ร้อยละ 29.4 และ 7.1 ตามลำดับ)

มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย 8.31 (SD = 1.89) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 45.9 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 3-24 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย 10.75 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 5.59) ญาติผู้ดูแลร้อยละ 50.6 ต้องดูแลบุคคลอื่น ในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วย และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 64.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่าง ต่อเนื่อง (N = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	22	25.9
40 – 60 ปี	48	56.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	15	17.6
เพศ		
ชาย	24	28.2
หญิง	61	71.8
สถานภาพสมรส		
โสด	10	11.8
คู่	70	82.3
หม้าย	5	5.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.4
ประถมศึกษา	45	52.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	11.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ปวช.)	11	12.9
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (ปวส.)	6	7.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	12.9
ศาสนา		
พุทธ	85	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	60	70.6
มี	25	29.4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (N = 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล		
สุขภาพดีเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	4	4.7
สุขภาพดีปานกลาง (4-7 คะแนน)	39	45.9
สุขภาพดีมาก (8-10)	42	49.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/ มารดา	6	7.1
คู่สมรส	41	48.2
บุตร	25	29.4
พี่/ น้อง	4	4.7
หลาน	5	5.9
ลูกสะใภ้	4	4.7
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)		
3 - 12 เดือน	39	45.9
13 - 24 เดือน	15	17.6
25 - 36 เดือน	18	21.2
37 - 48 เดือน	9	10.6
> 48 เดือนขึ้นไป	4	4.7
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย/วัน		
< 8 ชั่วโมง	35	41.1
8 - 12 ชั่วโมง	27	31.8
> 12 ชั่วโมง	23	27.1
บุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล		
ไม่มี	42	49.4
มี	43	50.6
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	55	64.7
มี	30	35.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 41-82 ปี เฉลี่ย 60.19 (SD = 7.99) ปี มากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.3) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 49.4) โกลีเลี้ยงกับเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) ทั้งหมดนับถือศาสนา

พุทธ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 44.35 เดือน (SD = 36.76) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 เดือน ร้อยละ 21.2 ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 23.47 เดือน (SD = 18.17) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 61.2) ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่พบมากที่สุดได้แก่เยื่อช่องท้องอักเสบ (ร้อยละ 28.2) รองลงมาได้แก่ติดเชื้อบริเวณสายล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 5.9)

ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน (SD = 17.79) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 7.25, SD =

2.17) รางวัลที่ได้จากการดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean = 47.26, SD = 6.97) การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean = 14.99, SD = 3.32) ภาวะการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลาง (Mean = 31.92, SD = 14.93) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 91.31, SD = 11.25) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.60, SD = 3.71) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 21.64, SD = 3.52) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.64, SD = 1.88) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 27.69, SD = 3.58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (N = 85)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ระยะเวลาการดูแล (เดือน)	-	3-84	22.12	17.79	-
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0-10	2-10	7.25	2.17	ดีมาก
รางวัลที่ได้จากการดูแล	0-60	30-60	47.26	6.97	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัว	0-20	7-20	14.99	3.32	สูง
การรับรู้ภาวะการดูแล	0-88	1-64	31.92	14.93	ต่ำถึง ปานกลาง
คุณภาพชีวิต	26-130	67-119	91.31	11.25	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	7-35	13-34	25.60	3.71	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	13-29	21.64	3.52	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-15	5-14	9.64	1.88	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	20-38	27.69	3.58	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับ ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ ยกเว้นระยะเวลาการดูแล จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแล ($r = 0.479, p < .01$)

และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.334, p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -0.420, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.451, p < .01$) รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล ($r = -0.185, p > .05$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.512, p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ($r = -0.349, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.432, p < .01$) และภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.524, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (N = 85)

ตัวแปร	ภาวะการดูแล	คุณภาพชีวิต
อายุ	.479**	-.334**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.420**	.451**
รางวัลที่ได้จากการดูแล	-.185	.512**
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	-.349**	.432**
ภาวะการดูแล		-.524**
คุณภาพชีวิต	-.524**	

** $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการดูแลกับภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์

แบบสเปียร์แมน พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.042, r = 0.117, p > .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแล กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (N = 85)

ตัวแปร	r_s	p-value
ภาระการดูแล	-.042	.703
คุณภาพชีวิต	.117	.288

* r_s = Spearman's Rho correlation coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (สุริสาเต็มทับ, 2548; เอมิกา กลยณี และคณะ, 2558; Donprapeng, 2006) อาจเนื่องจากลักษณะสังคมไทยคาดหวังให้เพศหญิงเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบทั้งด้านงานบ้าน และการดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่นอกเหนือจากผู้ป่วย และส่วนใหญ่ร้อยละ 56.5 มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) เป็นวัยที่ต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูง ทั้งด้านการทำงาน การดูแลและหาเลี้ยงคนในครอบครัว การสร้างฐานะและมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (สกุณา บุศนรากร, 2551) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลอยู่ในช่วง 12 เดือนแรก (ร้อยละ 45.9) เฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน ซึ่งอยู่ในช่วงของการปรับตัวต่อบทบาทการดูแลเริ่มพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญด้านการดูแล ทักษะการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (เอมิกา กลยณี และคณะ, 2558) การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 10.75 ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมที่ญาติ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำให้กับผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การทำอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการบริหารจัดการเรื่องยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต การทำแผล การเตรียมอุปกรณ์ล้างไต และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (ฐานา ธรรมคุณ และคณะ, 2557) ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมาก

รางวัลที่ได้จากการดูแลของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.26 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของ Rattanasuk และคณะ(2013) ที่ใช้แบบสอบถามเดียวกันซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 44.86 คะแนน บ่งบอกว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกในด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกยินดีที่ได้ดูแล อยากให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากลักษณะสังคมไทย โดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เป็นศาสนาที่สอนให้คนเป็นคนดี ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณและบุญการี โดยญาติผู้ดูแลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส หรือเป็นบุตรของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับดี

มาก จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำของตนเอง จึงมีความภูมิใจที่ได้ให้การดูแลคนในครอบครัว (Donprapeng, 2006) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในสังคมไทยชนบทที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่และเป็นสังคมของการเกื้อกูลกัน จึงได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากญาติพี่น้อง บุตรหลานเป็นอย่างดี ทั้งในด้านการเงิน การให้กำลังใจ การช่วยแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Donprapeng, 2006) ทำให้ญาติผู้ดูแลเหล่านี้มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับที่สูง

ภาระการดูแล

ภาระการดูแลเป็นความรู้สึกในด้านลบที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล จากการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง ใกล้เคียงกับญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (สุธิสา เต็มทับ, 2548) และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Donprapeng, 2006; Salama & El-Soud, 2012) ที่ใช้แบบประเมินภาระการดูแลเดียวกันพบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ใช้เวลาส่วนใหญ่นับกับผู้ป่วย ทำให้รับรู้ว่าเป็นที่พึงให้ผู้ป่วยเพียงคนเดียว และร้อยละ 64.7 ของญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เกิดผลกระทบกับญาติผู้ดูแล แต่ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ก็เต็มใจที่จะดูแลให้ดีที่สุด ด้วยวัฒนธรรม

และวิถีการปฏิบัติที่สืบทอดกันมา ทำให้เกิดการดูแลด้วยความรัก และจากงานที่ทำให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมที่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ เช่น การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาตามเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งภระนั้นคาดการณ์ได้จะไม่ค่อยรู้สึกเครียดเท่ากับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการรู้คิดหรือผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งคาดการณ์ไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ประกอบกับญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้การศึกษารุ่นนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เขาวลัถยชัย ทวีกสิกรรม และคณะ, 2557) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนิ และคณะ, 2558) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Rha, Park, Song, Lee, & Lee, 2015) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 49.4) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีภาระการดูแลผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวันมากนัก แต่จากการดูแลอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ และมีผลต่อสุขภาพโดยรวม และมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะ

ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 74.1) มีความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วย และให้การดูแลด้วยความรัก เต็มใจดูแล ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน จากที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน และต้องดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.75 ชั่วโมงต่อวันสำหรับญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพด้วย (ร้อยละ 52.9) มีผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคมกับเพื่อนร่วมงานและเพื่อนฝูง ต้องปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อายุของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยมาก และจะรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่เริ่มมีความเสื่อมของร่างกายเกิดขึ้น (สฤณา บุญนรากร, 2551) และส่วนใหญ่ร้อยละ 55.3 มีอายุมากกว่า 60 ปี และมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ดูแลต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการล้างไต และงานอื่น ๆ รวมถึงการดูแลบุคคลอื่นนอก

เหนือจากผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง มีผลต่อสุขภาพร่างกายที่แย่ลง ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรง ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่อายุมากจะมีผลต่อการรับรู้และความจำที่ช้ากว่าวัยอื่น (สฤณา บุญนรากร, 2551) ทำให้เกิดความเครียดจากแผนการรักษา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกด้านลบ จากที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่สูงขึ้นตามมา และมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jeong et al., 2015) อีกทั้งร้อยละ 64.7 ของญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ภาระงานทั้งหมดจึงเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลเพียงลำพัง มีผลต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นจึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเอมิกา กลยณี และคณะ(2558) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก็พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณภาพ

สุขภาพที่ไม่ดี มีโรคประจำตัว จะรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยระดับที่สูง และจะรับรู้คุณภาพชีวิตที่แย่ลง ในขณะที่ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับสูง ตามแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ งานต่าง ๆ จะอยู่ในความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลทั้งหมด จะเห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาททั้ง 2 บทบาทนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องดูแลตนเองด้วย การดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองเพียงพอ ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง ไม่สามารถพบปะเพื่อนฝูงได้ตามปกติ การเข้าสังคมลดลง การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นงานที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกด้านลบจากการดูแล และทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ด้อยลงตามมา ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeong et al., (2015) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนิ และคณะ, 2558) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเช่นกัน

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากระยะเวลาการดูแลในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน และเกือบครึ่งหนึ่งดูแลผู้ป่วยในช่วง 12 เดือนแรก (ร้อยละ 45.9) ซึ่งเป็นการดูแลในระยะเริ่มต้นเท่านั้น อาจยังไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด เหนื่อยล้า หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพมากนัก ประกอบกับญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับไปดูแลต่อเนื่อง

ที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การล้างไตและการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านพบว่าการปรับตัวของญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดมากในช่วง 3 เดือนแรก จากนั้นจะเข้าสู่ระยะการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ลดการรับรู้ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง จึงส่งผลให้ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สุริสา เต็มทับ, 2548) นอกจากนี้ในการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาของ เขียวลักษณ์ ทวีกลีกรรม และคณะ (2557) ยังพบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในประเทศอียิปต์ของ Salama and El-Soud (2012) ที่พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 5.84±2.34 ปี เป็นระยะเวลาการดูแลที่นาน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าสะสม มีผลต่อภาวะสุขภาพที่มากจากการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง จึงทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับการรับรู้ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

การได้รับรางวัลจากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล แต่มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง ซึ่งญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำแม้จะทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง เหนื่อยล้า เครียด แต่เมื่อสามารถปรับตัวได้ เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส บุตร และบิดามารดา กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ระดับดีมาก ซึ่งทั้งหมดอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยลักษณะของสังคมชนบทที่ช่วยเหลือพึ่งพากัน เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของครอบครัว จึงทำให้การรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และจากความรู้สึกที่ดีด้านบวกทำให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ภายใต้ความพึงพอใจ ภาคภูมิใจ นำไปสู่ผลลัพธ์ในด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีด้านอื่น ๆ และช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Samartkit และคณะ (2010) ที่ศึกษาในญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า การรับรู้รางวัลจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีรับรู้ถึงความรู้สึกดี ภูมิใจ สุขกายสุขใจ มีความเครียดจากการดูแลลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มากพอ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และสังคม จะช่วยให้ญาติผู้ดูแล

สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Rattanasuk et al., 2013) รับรู้ภาระการดูแลน้อยหรือรับรู้ว่าเป็นภาระ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเอง และผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Amendola et al, 2011) เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับต่ำ การรับรู้ภาระการดูแลจะอยู่ในระดับที่สูงขึ้น แต่หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มากพอ จะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการดูแลลดลง มีคนช่วยแบ่งเบาความรู้สึกที่ไม่ดีด้านลบ และช่วยแก้ไขปัญหามาจากการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Malathum, 2001) เกิดการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง อธิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง เกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนิ และคณะ, 2558) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Donprapeng, 2006) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Rha et al, 2015) พบว่า

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่รับการรักษาในคลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษานี้ไปยังญาติผู้ดูแลที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือภูมิภาคอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการสนับสนุนส่งเสริมบทบาทของญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2. ควรประเมินการรับรู้ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นระยะ เนื่องจากการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ด้านการศึกษา

ผลการศึกษานี้ได้ออกข้อความรู้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ที่จะนำมาเป็นแนวทางในการอบรมพยาบาล หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญนอกจากการดูแลผู้ป่วยยังต้องให้การดูแลญาติผู้ดูแลด้วย

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการลี้ยงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล หรือภูมิภาคอื่น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลองในการจัดโปรแกรมสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรู้สึกด้านบวก ลดการรับรู้ภาระการดูแล ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ทรานซาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จวนา ธรรมคุณ, พิมพัสุรางค์ สุวรรณเจริญ, และทรัพย์ทวีทรัพย์มาก. (2557). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลี้ยงไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน. *พุทธชินราชเวชสาร*, 30(1), 14-23.
- ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศนีย์, สุกฤษณ์ วงศ์ธีรภัก, วิลาวัลย์ ประสารอริคม, และปรีชาติ พรสวัสดิ์ชัย. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 19(2), 194-205. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2560, จาก <https://www.tci->

- thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/15576/14271
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 15(3), 431-448. เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2560, จาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/RNJ/article/view/4526>
- เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118. เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/30375/26183>
- สกุณา บุศนรากร. (2551). *การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย* (pp. 205-246). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สุธิตา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 47-61. เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2559 จาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/30_no1/f4anusorn.pdf
- เอมิกา กลยณี, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, และอารีย์วรรณ อ่อมธานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 128-140. เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2559 จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/policensurse/article/viewFile/41105/33983>
- Alnazly, E. K., & Samara, N. A. (2014). The burden on caregivers of patients above 65 years old receiving hemodialysis: A qualitative study. *Health Care Current Review*, 2(1), 1-6. Retrieved January 24, 2016, from <http://www.esciencecentral.org/journals/the-burdens-on-caregivers-of-patients-above-years-old-receiving-hemodialysis-a-qualitative-study.hccr.1000118.pdf>
- Amendola, F. A., Oliveira, A. C., Alvarenga, M. M. (2011). Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *The University of São Paulo Nursing School Journal*, 45(4), 880-885. Retrieved

- January 10, 2017, from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a13.pdf
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T.A., Greenlick, M.R., & Van Buren, L., (1995). The PREP system of nursing intervention: A pilot test with families caring for older member. *Research in Nursing & Health*, 18, 3-16. Retrieved January 3, 2017, from https://www.academia.edu/15202560/The_PREP_system_of_nursing_interventions
- Donprapeng, B. (2006). *The relationship among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adult caregivers* (Master's thesis). Mahidol University.
- Jeong, Y., Jeong, Y., Dim, W., & Kim, J. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy Science*, 27, 1543-1547. Retrieved April 20, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483438/pdf/jpts-27-1543.pdf>
- Malathum, P. (2001). *A model of factors contributing to perceived abilities for health promoting self-care of community-dwelling Thai older adult* (Doctoral Dissertation) University of Texas at Austin.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts and Practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Rattanasuk, D., Nantachaipan, P., Sucamvang, K., & Moongtui, W. (2013). A causal model of well-being among caregivers of people with spinal cord injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 342-355. Retrieved January 3, 2017, from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/8713/11602>
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 376-382. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.004
- Salama, R., & El-Soud, F. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian Journal of Public Health*, 9(4), 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.2427/8662> JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
- Samartkit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O., & Vorapongsathorn, T. (2010). Caregiver role strain and rewards: Caring for Thais with a traumatic brain injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(4), 297-314. Retrieved January 3, 2017, from <http://>

[www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/
article/view/6267/5478](http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6267/5478)

- Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A., & Kakuma, T. (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. *Peritoneal Dialysis International*, 23(S2), S200-S205. Retrieved February 14, 2016, from http://www.pdicconnect.com/content/23/Supplement_2/S200.long
- Thai Nephrology Society of Thailand. (2014). *Thailand Renal Replacement Therapy Year 2014*. Retrieved August 1, 2017, from http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-_3-11-59_-final_.pdf
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. C. (2008). Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23, 3960–3965. DOI: 10.1093/ndt/gfn415