

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง
กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

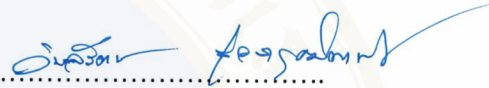
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง
กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

..... ปัทมพร สิริทิพากร

นางสาวปัทมพร สิริทิพากร

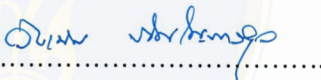
ผู้วิจัย

..... 

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neurosciences)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... 

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... 

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์), ว.ว. (ประสาทวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... 

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

..... 

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง
กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555

ปิตินร์ สิริจินการ

นางสาวปิตินร์ สิริจินการ
ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช,
Ph.D. (Neurosciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์พองคำ ตีลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โรสดี เมืองไพศาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล,
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์), ว.ว. (ประสาทวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิณูโยธาสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ และผู้วิจัยขอขอบคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และคลินิกระบบประสาท สมองผู้ใหญ่ ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และที่ขาดไม่ได้ ขอขอบคุณญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกท่าน ที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณมารดาและสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมถึงบิดาผู้ล่วงลับไปแล้ว ที่คอยเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณ คุณสุทธิพล อุดมพันธุ์รัก ที่ได้กรุณานำเสนอในการวิเคราะห์ทางสถิติ ขอขอบคุณ คุณสุภารัตน์ เพียรชอบ ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาเสมอ

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลพิเศษ ที่ได้อนุมัติให้ลาศึกษาต่อและให้ทุนสนับสนุน ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณบุคคลอีกหลายๆท่าน ที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งได้มีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ผู้มีพระคุณ คณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ปีติพร สิริทิพากร

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVER BURDEN, LEARNED RESOURCEFULNESS AND
HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

ปิติพร สิริทิพากร 5236492 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, Ph.D. (NEUROSCIENCES), วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล,
Ph.D. (NURSING), วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, (M.D.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเองของโรเซนบัมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่ทำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแล แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ภาระของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย ($\text{Mean} = 36.12$, $\text{SD} = 7.18$) แหล่งทักษะภายในตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 159.76$, $\text{SD} = 7.98$) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับที่ดี ($\text{Mean} = 115.48$, $\text{SD} = 9.13$) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.473$, $p < .01$) และแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .400$, $p < .01$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความตระหนักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไปควบคู่กัน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง เพื่อสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยขจัดหรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ ปัญหาในด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ภาระของผู้ดูแล / แหล่งทักษะภายในตนเอง / ภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVER BURDEN, LEARNED RESOURCEFULNESS
AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

PITIPORN SIRITIPAKORN 5236492 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D.
(NEUROSCIENCES), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING),
WEERASAK MUANGPAISAN, (M.D.)

ABSTRACT

This study was designed as descriptive correlative research aiming to explore caregiver burden, learned resourcefulness, and health status of family caregivers of dementia patients. The learned resourcefulness theory of Rosenbaum was used as the conceptual framework for the study. The subjects consisted of 88 relatives who cared for dementia patients receiving medical care at Siriraj Hospital from May 2011 to August 2011. Data were collected by means of interviews using a demographic characteristic questionnaire, caregiving burden scale, self-control schedule, and the short form 36 health survey. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation.

The findings revealed a low level of caregiver burden (Mean = 36.12, SD = 7.18), a high level of learned resourcefulness (Mean = 159.76, SD = 7.98), and a high level of health status for family caregivers of patients with dementia (Mean = 115.48, SD = 9.13). The analysis of variable relationships revealed a negative relationship between caregiver burden and health status of family caregivers of patients with dementia ($r = -.473, p < .01$), and a positive relationship between learned resourcefulness and family caregivers of patients with dementia ($r = .400, p < .01$).

The results can be used as basic information for health professionals to raise awareness of the importance of self care among family caregivers of patients with dementia. Caregivers should be encouraged to maintain a balance between self care and caring for patients with dementia. Nurses and health professionals should promote learned resourcefulness in family caregivers in order to enhance their ability to appropriately adjust to various situations, leading to a decrease in stress and sense of burden. As a result, caregivers of patients with dementia will be able to maintain their health status and well-being.

KEY WORDS : CAREGIVER BURDEN / LEARNED RESOURCEFULNESS /
HEALTH STATUS / FAMILY CAREGIVERS

144 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	17
2.3 ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	20
2.4 แหล่งทักษะภายในตนเอง	25
2.5 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.2 สถานที่เก็บข้อมูล	38
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	47
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
บทที่ 5 อภิปรายผล	61
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	95
รายการอ้างอิง	112
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	124
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ภาคผนวก ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	135
ภาคผนวก ง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	140
ภาคผนวก จ หนังสือของความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	141
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	142
ประวัติผู้วิจัย	144

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	50
4.2	ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	53
4.3	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	55
4.4	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	56
4.5	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของใช้เวลา ความยากลำบาก และความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	57
4.6	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การใช้เวลา ความยากลำบาก แบ่งตามรายด้าน	58
4.7	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แหล่งทักษะภายในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	58
4.8	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	59
4.9	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระของผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	60
4.10	การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	60

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

- 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของผู้ดูแล
แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

9



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ที่ทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น จำนวนประชากรของผู้สูงอายุ จึงเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งคาดว่าในปี 2563 หรืออีก 10 ปี ข้างหน้าจะมีประชากรสูงอายุจำนวน 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2546) แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้ แต่ร่างกายก็ต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะความเสื่อมของสมอง โรคสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุ และเป็นคำที่เรียกใช้กลุ่มอาการต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง อาการที่พบได้บ่อย คือ ในด้านที่เกี่ยวกับความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วยได้ เช่น หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา หรือเมินเฉย เป็นต้น การเสื่อมของสมองนี้ จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องเรื่อยๆ ซึ่งในที่สุดก็จะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านอาชีพการงาน และชีวิตส่วนตัว โรคสมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ ในบางครั้งเวลาที่เรามีอายุมากขึ้น เราอาจมีอาการหลงๆ ลืมๆ ได้ แต่อาการหลงลืมในโรคสมองเสื่อมนั้น จะมีลักษณะที่แตกต่างออกไปคือ อาการไม่เพียงแต่จำรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เท่านั้น คนที่เป็นโรคสมองเสื่อม ไม่ใช่แค่ลืมในเรื่องของความจำแค่นี้เพียงอย่างเดียว คือ จะจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย รวมทั้งสิ่งที่ตัวเองกระทำเองลงไปด้วย และถ้าเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ความสามารถของสมองด้านต่างๆ ก็จะเสื่อมลงไปด้วย ทั้งเรื่องการรับรู้ การใช้เหตุผล จินตนาการ ความคิดอ่าน และความสามารถในการตัดสินใจ ถัดน้อยถอยลงด้วย คนผู้นั้นอาจจำไม่ได้ว่าใส่เสื้ออย่างไร อาบน้ำอย่างไร หรือแม้กระทั่งไม่สามารถพูดได้ เป็นประโยคและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเหล่านี้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลต่อเนื่องตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552)

อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของทุกๆ 5 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้นจาก 60 ปี (Kawas, Gray, Brookmeyer, Fozard, & Zonderman, 2000) โดยประมาณว่า จะมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในสหรัฐอเมริกา (Evans, Funkenstein, Albert, Scherr, Cook, Chown, et al., 1989) ในประเทศไทยเองมีการศึกษาถึง

ความชุกของโรคสมองเสื่อมในชุมชน โดยพบประมาณ 9.88 รายต่อประชากร 100 คน ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ, 2545) และสถิติของผู้ป่วย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับการบริการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ในปี 2550 มีจำนวน 1,084 ราย ในปี 2551 มีจำนวน 1,417 ราย ในปี 2552 มีจำนวน 1,588 ราย และในปี 2553 มีจำนวน 1,769 ราย (สถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2553) จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวเป็นภาระของครอบครัวและภาระโดยรวมของประเทศ ทั้งในเรื่องการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคยาวนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีการหลากหลายแตกต่างกัน มีการเสื่อมเสียหน้าที่ของการรับรู้และเข้าใจปัญญารุนแรง จนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการของโรคทางจิตได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวิช, 2542) โดยผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญาและบุคลิกภาพเห็นได้ชัดจากการไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล ความจำเสื่อม สติปัญญาเสื่อม วิจารณ์ญาณเปลี่ยนและพบอารมณ์แปรปรวน (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2546) ทำให้เกิดปัญหาต่อการดูแลและเป็นภาระหนักสำหรับญาติผู้ดูแล เช่น วางอะไรไว้แล้วจำไม่ได้ โดยผู้ป่วยอาจจะกล่าวโทษผู้อื่นว่าขโมยของ มีความระแวงหรือแสดงพฤติกรรมความโกรธออกมา หรือผู้ป่วยจะมีการถามคำถามซ้ำซาก ทำกิจกรรมซ้ำซาก ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียความจำของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจ เกิดความรำคาญ กังวล และเกิดการทะเลาะกันได้ในที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้เกิดเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เพราะต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด ต้องคอยเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ คอยเฝ้าระวังไม่ให้เดินหลงทางหรือสูญหาย และยังต้องจัดการด้านทรัพย์สิน การเงิน ตลอดจนการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจัดเป็นบุคคลที่มีปัญหาหลัก อยู่ 2 กลุ่มคือ ด้านความจำและปัญหาด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเนื่องมาจากโรค ความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ สติปัญญา การรู้คิดและการตัดสินใจต่างๆ มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น ก่อให้เกิดความต้องการการดูแล โดยความต้องการการดูแลดังกล่าว ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญ ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น

ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือวิกฤต (พารุณี เกตุกราย, 2550) สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง เช่น คู่สมรส บุตร ธิดา พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้นจะต่างจากการดูแลสัมพันธภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความจำเป็น ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร, และภัสพร ขำวิษา, 2539) การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ใช้เวลามากและซับซ้อน จากสถิติพบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 15 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่านั้น และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนานตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งประมาณ 8-10 ปี ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาระการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สุรภิญ ชนะพิศ, 2552)

กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย มีทั้งการดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรืออุบัติเหตุต่างๆ เป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยยังมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบและชีวิตส่วนตัวอยู่ ทำให้ญาติผู้ดูแลจะต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้ส่งผลต่อการใช้เวลาในการดูแลและใช้เวลาในบทบาทอื่นๆ อาจมีความขัดแย้งกันในบทบาทได้ และความขัดแย้งในบทบาทเป็นสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งของความเครียด มีรายงานวิจัยหลายงาน ทั้งในต่างประเทศ (Chan & Chang, 1999; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989; Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz, 1999; Rittman, Hinojosa, & Findley, 2009; Tooth, McKenna, Barnett, Prescott & Murphy, 2005) และในประเทศไทย (จริยา วิทชะศุกร, 2539; ชนิตา มณีวรรณ, เมริย์ สุจินดา, สมทรง จูไรทัศน์ย์ และวรรณ นิลนครา, 2537; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; นภาพร ฤทธิวีรกุล, 2548; นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; พรรณี จันทรอินทร์, 2547; พารุณี เกตุกราย, 2550; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537; วันดี โตสุขศรี, 2539; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539; สุรภิญ ชนะพิศ, 2552) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า หรือ รู้สึกเป็นภาระในการดูแล ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิชอบน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจ

เปลี่ยนแปลงไป และเกิดความขัดแย้งในครอบครัวของผู้ดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลโกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อน ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ สภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพทางกายและภาวะจิตใจ และความผาสุกของญาติผู้ดูแล (Aranda & Hayman-White, 2001; Jensen & Given, 1991; Rittman, et al., 2009; Stephens, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988; Tooth et al., 2005) และงานวิจัยเรื่อง ผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา มากจะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายมากกว่าด้านสังคมและอารมณ์ วัฒนธรรม (Muangpaisan, et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทำหน้าที่หลายบทบาท เช่น บทบาทของการเป็นบิดามารดา ที่ต้องดูแลบุตร แต่ต้องดูแลบิดาหรือมารดาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมไปด้วยพร้อมๆกัน อีกทั้งต้องทำงานประจำของตนเอง (Brown, 1991; Campbell, 2009; Etters, et al., 2008; Riedijk, De Vugt, Duivenvoorden, Niermeijer, Van Swieten, Verhey, et al., 2006) ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีเวลาอิสระหรือเวลาส่วนตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนหรือวิธีการดำเนินชีวิต และต้องวางแผนในการจัดการกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นอีก

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเป็นภาระมาก ทุกข์มากที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต บางคนต้องลาออกจากงานและบางคนเกิดภาวะซึมเศร้า (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า วิตกกังวล ผิดหวัง เศร้า รู้สึกว่าเหว่ รู้สึกเป็นภาระในการดูแลเหมือนถูกทอดทิ้งให้รับผิดชอบผู้ป่วยเพียงลำพัง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ จะเกิดรุนแรงมากหรือน้อย ขึ้นกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลที่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้น ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งผลกระทบทางบวกจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (นงลักษณ์ พื้นชมพู, 2540; นิรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; พารุณี เกตุกราย, 2550; เพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; Kespichayawattana, 1999; Yothayai, 2004) เช่น การรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ การได้แสดงความกตัญญู กตเวทิตา ความสุขในการได้ดูแลบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีกำลังใจ ในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ด้วยความเต็มใจ ส่วนผลกระทบทางลบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางกาย ความเครียดทางจิตใจ ภาวะเศรษฐกิจ (Etters, Goodall, & Harrison, 2008; Prawtaku, 2006; Saengratsamee, 2004; Yothayai, 2004) ผลกระทบดังกล่าวนับว่าเป็นภาระหนักที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในประเทศอังกฤษ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลคนป่วย ต้องเจ็บป่วย เกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท ผู้ดูแลคนป่วยหนึ่งในสาม รู้สึกเหนื่อยในการที่ต้องดูแลเพื่อนหรือญาติพี่น้อง และหนึ่งในห้าพบว่าตนเองกลายเป็นคนใจโมโหง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ดูแลคนป่วย มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแย่ลง ประมาณหนึ่งในสามรู้สึกเหนื่อยที่จะทำกิจกรรมนอกบ้านกับครอบครัว และประมาณหนึ่งในสี่ปฏิเสธที่จะไปทำกิจกรรมในวันหยุดกับครอบครัว ในด้านความรับผิดชอบในการที่ต้องดูแลคนป่วยหรือคนชราภายในบ้าน พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ต้องดูแลคนป่วยคนเดิมเป็นระยะเวลาเกินกว่า ทศวรรษ หรือกว่า 10 ปี และร้อยละ 10 ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดิมถึง 20 ปี ผู้ดูแลคนป่วยร้อยละ 60 ที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียดในเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยชาวอังกฤษจำนวน 2,400 คน ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ในขณะที่สี่ในห้าของกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จะรู้สึกแย่ลงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 20 ชั่วโมงขึ้นไป หรือต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสี่ที่เห็นว่าการงานของตนเองส่งผลในเชิงลบกับตนเอง ในขณะที่น้อยกว่าร้อยละ 20 ต้องการที่จะมีชั่วโมงการทำงานที่สามารถยืดหยุ่นได้ ที่สำคัญมีผู้ดูแลผู้ป่วยหนึ่งในสี่เท่านั้นที่ได้รับค่าจ้างประมาณ 3,234 บาทต่อสัปดาห์ (Daily mail reporter, 2010)

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) ของ Rosenbaum (1983; 1990) ซึ่งกล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดบุคคลจะดึงชุดทักษะที่เรียกว่า แหล่งทักษะภายในตนเอง มาใช้ในการจัดการกับความเครียด ความรู้สึกถูกคุกคาม โดยชุดทักษะเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเอง (Self control behavior) เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย (Target behavior) ในเชิงสร้างสรรค์ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาหรือมีการดูแลตนเองและในที่สุดบุคคลจะสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลหรือสภาวะรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosenbaum, 1983; 1990) แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) ประกอบด้วย ทักษะในการควบคุมตนเอง (Self – Control skill) ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน เพื่อควบคุมตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ (Target

behavior) นั่นคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และถ้าญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี หรือคงไว้ซึ่งสุขภาวะ และเมื่อญาติผู้ดูแลทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีชีวิตที่มีคุณภาพ มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ลดการเจ็บป่วย ลดความเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของญาติผู้ดูแลได้ (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Zauszniewski & Chung, 2001; Aikens, Wallander, Bell & Cole, 1992; White, Tata & Burns, 1996; Pairour, 2003) ในผู้ป่วยโรคไตวายที่ต้องมีการล้างไต (Rosenbaum & Ben-Ari, 1986) การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) (Lefort, 2000) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV (Boonpongmanee, Zauszniewski & Morris, 2003) ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม (Kreulen & Braden, 2004) พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (Zauszniewski, Chung, & Krafcik, 2001) ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Huang, Sousa, Chen, Tu, Chang, & Pan, 2007) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Huang, Perng, Chen, & Lai, 2008) และทักษะในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ (Zauszniewski, Eggenschwiler, Preechawong, Roberts & Morris, 2006) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วยในโรคใดๆเลย

ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผลการวิจัยที่ได้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง โดยให้ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสม ตลอดจนทั้งมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยขจัดหรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ ปัญหาในด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะทางกาย เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำถามการวิจัย

1. ภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม
2. แหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

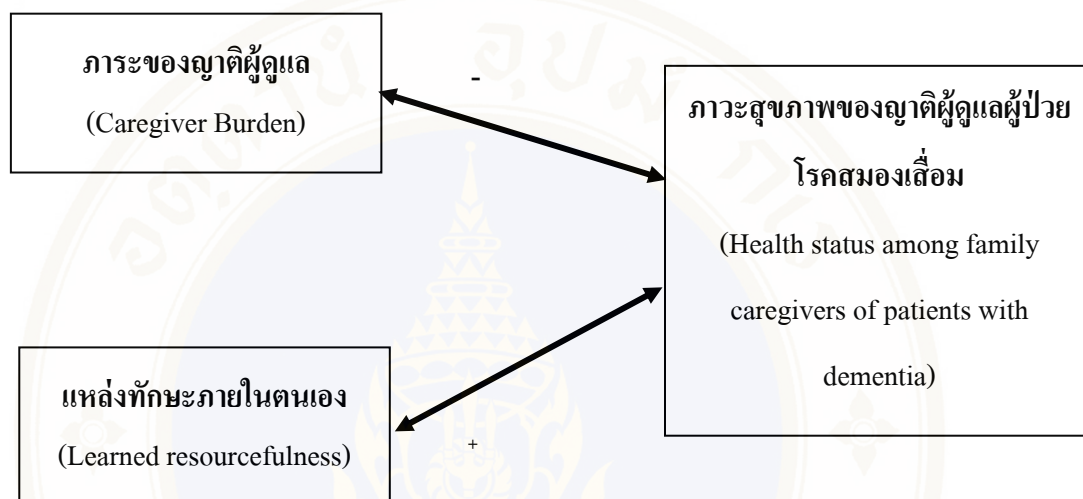
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะ ภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยนำทฤษฎีแหล่งทักษะ ภายในตนเอง (Learned resourcefulness) ของ Rosenbaum (1983;1990) มาเป็นกรอบแนวคิดใน การศึกษา Rosenbaum (1990) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ (Situation) ทำให้เกิดภาวะเครียด ระบบในร่างกาย (Physiological) ของบุคคลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้น จะก่อให้เกิดอันตรายหรือ

เข้ามาทำลายความผาสุกของชีวิตคนหรือไม่ ซึ่งถ้าหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นคุกคามชีวิตของตน และจะต้องจัดการกับเหตุการณ์นั้น แหล่งทักษะภายในตนเองของบุคคลจะถูกนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยผ่านการทำงานของชุดทักษะต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน ได้แก่ ทักษะในการควบคุมตนเอง (Self – Control skill) ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) ซึ่งทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และสะสมมาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Personality repertoires) การทำงานของทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคคลตั้งใจกระทำมิให้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด (Process regulating cognition) เพื่อที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเอง (Self – control behavior) อันจะนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ (Target behavior) และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะเป็นการให้การดูแลที่บ้าน เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤต (พารุณี เกตุกราย, 2550) ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยญาติผู้ดูแลมักต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน จึงเป็นการเพิ่มงานที่มีอยู่เดิมตามปกติ และยังคงอดทนต่อสภาพอารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Ho, Chan, Woo, Chong & Sham, 2009) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกเป็นภาระ หรือเกิดความเครียด เหนื่อยล้า (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) สถานการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนเป็นสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แหล่งทักษะภายในตนเองจะถูกเรียกขึ้นมาใช้ โดยชุดทักษะของแหล่งทักษะภายในตนเองนี้ จะทำหน้าที่อย่างผสมผสานกันของทักษะ ได้แก่ การควบคุมตนเอง (Self – Control skill) ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) โดยแหล่งทักษะภายในตนเองนั้น จะทำงานผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด (Process regulating cognition) เพื่อกระตุ้นให้บุคคล มีพฤติกรรมควบคุมตนเอง (Self – control behavior) อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ (Target behavior) โดยในที่นี้คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ตนเองมีหรือคงภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งระดับการศึกษาและประสบการณ์ของบุคคลก็มีอิทธิพลสำคัญต่อการเรียนรู้ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) จากกรอบแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเองเชิงทฤษฎีของ Rosenbaum (1990) สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังแสดงให้เห็นในแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แหล่งทักษะภายในตนเอง ภาระของญาติผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 88 ราย

นิยามตัวแปร

ญาติผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย อาศัยภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน (Etters, Goodall, & Harrison, 2008)

ภาระของญาติผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการช่วยเหลือ หรือทำกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การทำงานบ้าน การทำธุระนอกบ้านและการบริหารจัดการด้านการเงิน ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของ Oberst (Caregiving Burden Scale) (Oberst, 1991) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) โดยคะแนนยิ่งมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลมาก

แหล่งทักษะภายในตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ ผ่านสถานการณ์ ประสบการณ์หรือการสอนที่ได้รับ จนกระทั่งเกิดความถนัด หรือศักยภาพในการปฏิบัติสิ่งนั้นๆ วัดในตัวบุคคลนั้นด้วยแบบวัดความเชื่อในการควบคุมตนเอง (Self control Schedule) ซึ่งสร้างและพัฒนาแบบวัดโดย Rosenbaum (1980) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ (2001)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง สุขภาวะของญาติผู้ดูแลที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ปราศจากโรคและความพิการ โดยมีพฤติกรรมดูแล สุขภาพเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถประเมินได้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey: SF-36) สร้างโดย Ware & Sherbourne (1992) แปลโดยวัชร เลอमानกุล, และปารณีย์ มีแต้ม (2543)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เน้นความสำคัญของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล
2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผน การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับญาติผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เพื่อลดความรู้สึกลังเลเป็นภาระจากการดูแล และคงไว้เพื่อภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร บทความ งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2.1.1 ความหมาย

2.1.2 สาเหตุของสมองเสื่อม

2.1.3 ระยะของโรค

2.1.4 ปัญหาด้านร่างกาย

2.1.5 ปัญหาด้านพฤติกรรม/อาการทางจิต

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 ความหมายของญาติผู้ดูแล

2.2.2 บทบาทของญาติผู้ดูแล

2.3 ภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2.3.1 ความหมายของภาระการดูแล

2.3.2 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

2.3.3 เครื่องมือในการประเมินภาระการดูแล

2.4 แหล่งทักษะภายในตนเอง

2.4.1 แหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทักษะภายในตนเอง

2.5 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2.1 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2.1.1 ความหมาย โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้ เพราะมีการเสื่อมของระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆ และสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรือการควบคุมตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

2.1.2 สาเหตุของสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ แต่ถ้าตรวจพบได้เร็วจะสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมองได้ โรคสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง (Degenerative dementia) เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ซึ่งมีหลายโรค ตัวอย่างเช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรค Lewy body เป็นโรคที่มีอาการร่วมกันระหว่างอัลไซเมอร์กับพาร์กินสัน เป็นต้น

สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia) พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สอง สามารถรักษาให้ดีขึ้นและป้องกันได้ อาการสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นหลังจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้สมองส่วนนั้นเสื่อมหน้าที่ สาเหตุหลักของโรคนี้คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่

สมองเสื่อมที่สามารถรักษาให้หายได้ ได้แก่ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง โรคของต่อมไทรอยด์ โรคติดเชื้อในสมองบางชนิด การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินบี อุดมคติเหตุที่ศีรษะ หรือการได้รับยาบางอย่าง เช่น การใช้ยาก่อผลประสาทเป็นประจำ เป็นต้น

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) ที่มีการถดถอยการทำหน้าที่ของสมอง ผู้ป่วยจำเหตุการณ์และช่วงเวลาได้ไม่แน่นอน ความจำเสื่อม มีปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างแปลกๆ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม อารมณ์ไม่สม่ำเสมอ เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยความผิดปกติในการทำงานของสมอง โดยเฉพาะเปลือกสมอง หรือส่วนของสมอง จะมีการเสียพื้นที่ของสมองที่ควบคุมความคิด ความจำและการเรียบเรียงภาษาพูด จะมีอาการสับสนและไม่สามารถที่จะปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เคยตามปกติได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

สาเหตุของโรคปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีนักวิจัยกำลังหาสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค และก็ยังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรค

สมองเสื่อมจะเกิดในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป อาจพบในคนที่อายุน้อยกว่านี้ก็ได้ แต่อัตราเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อมนั้น มีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย ร้อยละ 70 ของคนที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะรักษาอยู่กับบ้าน โดยมีญาติพี่น้อง ลูก หลานเป็นผู้ดูแล (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541)

2.1.3 ระยะของโรค

อาการและอาการแสดงดังกล่าว จะพบมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Sabbagh, 2008)

1. ระยะเริ่มต้น (early stage) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 1-3 ปี เช่น จะลืมเหตุการณ์ใหม่ๆ เริ่มสงสัยว่าอาการลืมของตนเองว่าเป็นแบบปกติหรือผิดปกติ ระยะนี้ผู้ป่วยยังจะช่วยเหลือตัวเองได้ อาจมีการบกร่องของการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

2. ระยะกลาง (intermediate stages) ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป อาการหลงลืมจะมีมากขึ้น มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิต อาการหลงลืมจะเป็นมากขึ้น เช่น ความจำเก่าๆ จะเริ่มเสียไป มีความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง ระยะนี้ประมาณ 2-10 ปี เป็นระยะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น

3. ระยะสุดท้าย (late stages) เป็นระยะที่ผู้ป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ประมาณ 3-12 ปี ความจำจะเสียไปมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาเองได้ มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติ บางรายมีปัญหาการกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการตั้งแต่เริ่มเป็นจนเสียชีวิต ประมาณ 2-20 ปี โดยเฉลี่ย 10 ปี

โดยสรุปแล้ว จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีการสูญเสียความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีอาการทางจิต ดังนั้นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ในการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการมีชีวิตรอยู่ของผู้ป่วย

โรคสมองเสื่อมจึงเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหลากหลายแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการแสดงที่พบบ่อยและเป็นปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1.4 ปัญหาด้านร่างกาย ที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ได้แก่

1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้

1.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างพร้อมกันได้ ความบกพร่องนี้อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้

1.2 การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลา สถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ หรือในบางรายมีความผิดปกติในความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล เช่น จากการมองเห็น แต่ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกได้ว่าของสิ่งที่เห็นคืออะไร ใช้ทำอะไร จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.3 ความพร่องในการรับรู้ตนเองและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ขาดความสนใจต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่รับรู้สภาพที่ผิดปกติของร่างกาย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้น

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำปัจจุบันที่เกิดขึ้นไม่นาน นอกจากนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญห การตัดสินใจ ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ขาดความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด ไม่สามารถเชื่อมโยงเรื่องราวและสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ที่เคยทำได้มาก่อน เช่น การทำอาหาร การทำงานที่เคยทำทุกวัน

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งๆ ที่มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน จากความผิดปกติเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจ

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำไม่ได้ว่ารับประทานไปเรียบร้อยแล้วแต่ยืนยันว่ายังไม่ได้ทานเลย หรือกลับกันไม่ยอมรับประทานอาหารเลย ในระยะที่เป็นมากแล้วจะมีปัญหาไม่ยอมเคี้ยวหรือกลืนอาหาร

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย คือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อุจจาระได้ หรือถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะในที่ที่ไม่ควรถ่าย

6. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ บางรายจะพบว่ามีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

2.1.5 ปัญหาด้านพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงร่วมกับอาการทางจิต (behavioural and psychological symptoms of dementia หรือ BPSD)

เนื่องจากการสูญเสียการทำงานหรือความผิดปกติ ในส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (cognitive function) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และนำไปสู่อาการทางจิต ซึ่งมีพยาธิสภาพหลายอาการ แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

เช่น ความคิดหลงผิด (delusion), อารมณ์ผิดปกติ (affective symptoms), วิตกกังวล (anxiety), พุดจา ก้าวร้าว (verbal outbursts), ประสาทหลอน (hallucinations) อาการเหล่านี้ สามารถเกิดขึ้นในช่วงใด ช่วงหนึ่งของการป่วยก็ได้ (Fimkel, 2001)

1. อาการทางด้านจิตใจ (Psychological symptom) ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (delusion) พบได้ประมาณร้อยละ 10-73 อาการที่พบบ่อยคือแบบ paranoid delusion โดยเฉพาะรู้สึกว่าจะมีคนมาขโมยของมากที่สุด ร้อยละ 17 อื่นๆ คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน, คิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนของตนเองรู้จัก, บางรายพุดกับตนเองในกระจก, ไปอาศัยบ้านอื่นที่ไม่ใช่บ้านของตน, คิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน, คิดว่าญาติหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นปลอมตัวมา อาการหลงผิดเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาได้

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations) พบได้ร้อยละ 14-49 ที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ป่วยมักเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง รองลงมาเป็นประสาทหลอนทางหู ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.3 อารมณ์เศร้า (depression) พบได้ร้อยละ 0-87 พบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในระยะแรก เมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาไป

1.4 อาการไร้อารมณ์ เฉลชา (apathy) พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยระยะต้นและกลาง โดยผู้ป่วยอาจมีอาการ เช่น ไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สิ้นหวังไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง และขาดความริเริ่มในเรื่องต่างๆ

1.5 ความวิตกกังวล (anxiety) มักพบในระยะแรก เนื่องจากกลัวถูกหลอกหลานทอดทิ้ง จึงมักจะเรียกลูกหลานบ่อยๆ หรือตลอดเวลา โดยไม่จำเป็น

1.6 ปัญหาการนอน (sleep problem) พบได้ร้อยละ 22 โดยผู้ป่วยมักไม่ขมนอนในตอนกลางคืน จะลุกมาเดินง่วนในบ้าน หรือเดินออกนอกบ้าน เนื่องจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งเป็นปัญหาอย่างมากกับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย

2. อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptom) ได้แก่

2.1 อาการเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย (wandering) พบได้ถึงร้อยละ 3-53 เป็นอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น เดินหาข้าวของ เดินไปมาพยายามทำงาน (ซึ่งไม่ประสบผล) พยายามเดินออกจากบ้าน

2.2 อาการกระวนกระวาย (agitation) แสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้อง หรือ พฤติกรรมและการพุดที่ไม่เหมาะสม โดยต้องแยกออกจากอาการสับสนและการกระทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะของก้าวร้าว กระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 16-64 ได้แก่

2.2.1 ไม่มีอาการก้าวร้าวทางร่างกาย (physically non-aggressive) เช่น นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่างๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล เช่น ของที่เก็บตามถนน อาการพลุ่งพล่าน การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ การมีกริยาท่าทางแปลกๆ

2.2.2 มีอาการก้าวร้าวทางกาย (physically aggressive) พบร้อยละ 14 โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย เช่นการหยิก กัด ทบตี ประทุษร้ายคนรอบข้างและผู้ดูแล

2.2.3 ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally non-aggressive) มักพบในผู้ป่วยเพศหญิง เช่น การพูดจาซ้ำๆ การเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง การพูดตะกุกตะกัก การพูดต่อต้านผู้ดูแล

2.2.4 มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally aggressive) พบร้อยละ 28 เช่น ร้องกรี๊ด คำทอ ทำเสียงแปลกๆ และยังพบว่าลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมแบบไม่อยู่นิ่ง เดินไปมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้มได้ง่าย

2.3 การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (catastrophic reaction) พบร้อยละ 38 ในระยะแรกหรือปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการเกรี้ยวกราด ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ปัจจัยที่ทำให้เกิดคืออายุมาก severe cognitive impairment และ personality trait

2.4 อาการบ่นว่า (complained) บางครั้งผู้ป่วยจะบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผลหรือจากอาการหลงผิด ผู้ดูแลซึ่งไม่เข้าใจและรู้สึกที่ตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงกลับไป จะยิ่งทำให้ปัญหาเลวร้ายยิ่งขึ้น

2.5 การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำอย่างนั้นไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือดีใจมากผิดปกติ พูดจาก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ทำลายข้าวของ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พฤติกรรมเหล่านี้ สร้างความลำบากให้กับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และอาจก่อให้เกิดผลเสียหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

2.6 การรับประทานอาหาร (Eating) ผู้ป่วยร้อยละ 40 จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติไป อาจจะรับประทานอาหารตลอดเวลา จนนำไปสู่ภาวะอ้วน หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเลย

2.7 การเอาแต่ใจ (intrusiveness) ผู้ป่วยมีลักษณะเอาแต่ใจ ไม่อดทนรอเรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนต้องการ

2.8 การปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ผู้ป่วยจะคัดค้านและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำของผู้ดูแล ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อย ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองส่วน frontal lobe

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 ความหมายของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง (จอม สุวรรณโณ, 2541) ซึ่ง Harowitz (1985) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตของความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give direct care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น โดยใช้เวลาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มากกว่าคนอื่นๆ ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างเป็นครั้งคราว แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักชั่วคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักเท่านั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคือญาติผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้านโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวข้องกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้อธิบายว่า ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญคือ

1. ญาติหรือบุคคล ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ มีความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
3. ให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน รางวัล
4. การให้การช่วยเหลือนั้น เกิดขึ้นภายในบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย โดยไม่ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

2.2.2 บทบาทของญาติผู้ดูแล

การรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนั้น กล่าวได้ว่าเป็นการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติอยู่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการให้การช่วยเหลือดูแลของผู้ดูแล แบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ (Davis, 1992) คือ

1. การให้การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การอาบน้ำ ป้อนอาหาร การขับถ่าย รวมถึงงานบ้าน การเดินทาง การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
2. การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) เช่น การพิจารณาความดีในการพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม
3. การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถาบันบริการทางสุขภาพ (meditating with formal organization) เช่น การลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย
4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (financial assistance)

จากความผิดปกติของโรคสมองเสื่อม และจากกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมใน 4 ด้าน ที่ได้กล่าวมาแล้ว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ยังมีชีวิตส่วนตัว และงานเดิมที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ ทำให้มีภาระงานมากขึ้น และทำให้เป็นสาเหตุของความเครียด จากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างกับการดูแลโรคอื่นๆ ที่เน้นการดูแลทางร่างกายเป็นหลัก แต่ถ้าหากเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแล้วนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ด้วยความรู้ ความเข้าใจ และต้องใช้ทักษะในการดูแลหลายด้าน และต้องรู้จักยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีดูแลไปตามสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเป็นงานหนัก ที่ยากและซับซ้อนงานหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจไม่เฉพาะต่อผู้ป่วยเอง ยังมีผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระที่มีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดหรือเปลี่ยนไปของผู้ป่วย กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเคยทำทุกวัน ก็สามารถเป็นปัญหาได้ทุกอย่าง ตั้งแต่การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า การนอน ฯลฯ อาจก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย วิตกกังวล ผิดหวัง เศร้า ว้าวุ่นเหมือนถูกทอดทิ้ง จนทำให้นอนไม่หลับ เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย หงุดหงิด อารมณ์เสีย ปวดศีรษะ และเกิดปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ตามมา ในฐานะทีมสุขภาพ จึงต้องหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล จากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อลดความเครียดจากการดูแล และคงไว้เพื่อภาวะสุขภาพที่ดีและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป อย่างมีประสิทธิภาพ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่เน้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการของการให้การดูแล และผลกระทบจากการดูแลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ Baumgarten (1989) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม พบว่า มีตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบของญาติผู้ดูแล เช่น การรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความ

วิตกกังวล ภาวะตึงเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแล ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ ด้านร่างกาย การเงินเป็นต้น และจากการศึกษาของ Given, Stommel, Collins, King และ Given (1990) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล มี 4 ด้านคือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ (negative emotion reaction) ความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วย (feelings of responsibility for the patient) ความรู้สึกที่ต้องพลาจากครอบครัว (feeling of abandonment by family) ผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวัน (impact of caregiving on daily schedules) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynch-Sauer (1990) ที่พบว่า การดูแลมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งผลกระทบนี้เป็นผลมาจากบริบทของการให้การดูแล ไม่ใช่จากลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Miller และ Montgomery (1990) พบว่า ระดับของความพึงพอใจของผู้สูงอายุและปริมาณภาระงานที่ต้องทำมาก จะยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า Muangpaisan (2010) ได้ศึกษาถึงผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จะเกิดผลกระทบทางกายและทางอารมณ์มากกว่าผลกระทบทางสังคมและอารมณ์ วัฒนธรรม คุณภาพของความสัมพันธ์ และพื้นฐานดั้งเดิม ในขณะที่เพศและความสัมพันธ์ทางเครือญาติไม่มีผลกระทบดังกล่าว โดยความสามารถในการรับมือ มุมมองชีวิตและการสนับสนุนของสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างได้

งานวิจัยของวันดี โดสุขศรี (2539) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.5918, p < .05$) ซึ่งหมายถึง ถ้าผู้ดูแลมีความเครียดมาก ผู้ดูแลจะประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งมาก ดังนั้นถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเป็นภาระมาก ก็จะเกิดความเครียดมากขึ้น จากการศึกษาดังกล่าว ในเวลาต่อมาทำให้มีการพัฒนารูปแบบเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแล มีผลทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ปรับตัวเข้ากับภาระงานที่ต้องเผชิญได้ ลดความรู้สึกเป็นภาระหรือความเครียดในการดูแลและส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2.3 ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Caregiver burden of family caregivers of Dementia patients)

2.3.1 ความหมายของภาระการดูแล

ภาระการดูแล (Caregiver Burden) เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่ปรากฏตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 18 เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการดูแลเด็กสามปี และผู้สูงอายุ (Hoffmann & Mitchell, 1998) ภาระการดูแลนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วย (Objective burden) และความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Subjective burden) และยังมีนักวิชาการหลายท่าน ได้อธิบายความหมายภาระการดูแล โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของตนเองและพื้นฐานทางทฤษฎี โดยเฉพาะทฤษฎีด้านศีลธรรม-จริยธรรม (Klein, 1989) และทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพื่อให้เข้าใจแนวคิดและการวัดภาระการดูแลได้ชัดเจนขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Zarit, Reever และ Bach-Peterson (1980) ได้อธิบายว่า ภาระการดูแล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายของผู้ดูแล ซึ่งสามารถวัดได้จาก ความรู้สึกไม่สบายในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล

Montgomery, Gonyea และ Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของ ภาระของญาติผู้ดูแลว่า ภาระเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือนร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระของญาติผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) คือ ลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) คือ ความรู้สึกปฏิกิริยาตอบสนองอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ดูแล

Klein (1989) กล่าวถึงภาระการดูแล ว่าเป็นการเผชิญกับภาระหนัก กัดดัน และมองว่าการประเมินระดับของภาระการดูแลของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา และอยู่บนพื้นฐานของระดับพัฒนาการด้านศีลธรรมและจริยธรรมที่มีในแต่ละบุคคล และพิจารณาว่า ภาระการดูแลนั้นคือความเครียดจากการประเมินของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Folkman และ Lazarus สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลประเมินและตัดสินใจออกมาเป็นการกระทำว่าการดูแลนี้เป็นผลเสีย เกิดความภูมิใจ หรืออาจประเมินว่าเป็นทั้งผลดีและผลเสียรวมกัน ดังนั้นถ้าหากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นผลเสียหรือเป็นทั้งผลดีและผลเสียแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระหรือเป็นความเครียดนั่นเอง สังเกตได้ว่าภาระการดูแลเป็นเครื่องวัดที่ดีถึงผลการดูแล แต่ภาวะเครียดนั้น จะได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย จึงยังไม่สามารถชี้ให้เห็นถึงการประเมินความเครียดแทนการประเมินภาระการ

ดูแล และยังมีนักวิชาการหลายท่าน (Sheehan & Nuttall, 1988; Oberst, 1990; Oberst, et al., 1991; Wallhagen, 1992) ที่มีความเห็นสอดคล้องกับ Klein ซึ่งอธิบายว่า ภาระการดูแล หมายถึง ปริมาณความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ เป็นภาระที่สามารถเห็นได้ จึงเรียกว่า ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนความยากลำบากในการดูแล เป็นภาระที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า ภาระเชิงจิตวิสัย การวัดภาระทั้ง 2 ลักษณะนี้ จะวัดด้วยข้อคำถามชุดเดียวกันแต่ถามใน 2 ประเด็นคือ 1.ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ซึ่งสะท้อนถึงปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ 2. ความยากลำบากในการดูแล และแบ่งองค์ประกอบ การดูแลเป็น 3 ด้านคือ 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก พุดคุย การสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และ 3) การดูแลทั่วไป (instrument care) เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการหรือการเดินทางออกนอกบ้านและการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พอสรุปความหมายของภาระการดูแล ได้ 2 ความหมายคือ

1. ภาระการดูแล หมายถึง ความต้องการการดูแล และเป็นความยากลำบากของการทำการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ โดยความต้องการการดูแล คือ ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนความยากลำบาก คือ ภาระเชิงจิตวิสัย

2. ภาระการดูแล หมายถึง ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแล โดยผลกระทบที่สามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่า ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนผลกระทบที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้เรียกว่า ภาระเชิงจิตวิสัย

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นการดูแลที่ใช้เวลามากและซับซ้อน ผู้ดูแลต้องมีความอดทนสูง และมีร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่หนักแน่นมั่นคงและมีความเมตตา เพราะผู้ดูแลต้องอาศัยทั้งจิตวิทยา ใส่ใจดูแลเรื่องสุขภาพ คอยจัดการเรื่องต่างๆ ตั้งแต่ความปลอดภัย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในทุกๆ ด้าน อาจต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังคนเดียวทุกๆ วัน โดยไม่มีโอกาสพักผ่อน ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ทุกสิ่งทุกอย่างมารวมอยู่ที่ผู้ดูแลคนเดียว เกือบตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการดำเนินโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไป อาการที่เกิดขึ้นจะมีความ

รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในสังคม จนระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย และเป็นภาระต่อผู้ดูแลต้องรับผิดชอบตลอดชีวิตของผู้ป่วย จากสถิติและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 15 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่านั้น และเป็นการดูแลต่อเนื่องตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพราะโรคนี้เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องในหน้าที่ส่วนของสมองส่วนต่างๆ แสดงออกเป็นกลุ่มอาการในเรื่องของความจำบกพร่อง สติปัญญา ความสามารถลดลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ จนถึงอาการของโรคทางจิต มีอาการประสาทหลอน หรือหลงผิดได้ (สุรภิญญา ชนะพิศ, 2552)

2.3.2 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากงานวิจัยของ พารุณี เกตุกราย (2552) ถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแล พบว่า มีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก คือญาติผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณ เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแล รู้สึกใกล้ชิดผูกพัน และยังพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้จากประสบการณ์ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งยังสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติผู้ดูแลอื่น ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่าญาติผู้ดูแล ได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย ในด้านร่างกายมากที่สุด โดยทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย รองลงมา เป็นเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย และวิตกกังวล ส่วนในด้านสังคม พบในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวน้อยลง

งานวิจัยของ พรหมิ จันทรินทร์ (2547) ได้ศึกษาพบว่า จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัด หรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสม ในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง

ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพอสรุปได้ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น เป็นภาระของญาติผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ตั้งแต่ ตื่นนอนจนเข้านอน ทำให้สุขภาพทางกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง น้ำหนักตัวลด พักผ่อนไม่เพียงพอ (Brown, 1991) ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และเกิดการเจ็บป่วยทางกายขึ้นได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปวดศีรษะเรื้อรัง (จอม สุวรรณโณ, 2541) ในผู้ดูแลบางรายที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลยิ่งไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย สุขภาพของผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (ธนพรรณ ลิทธิสุนทร, 2543)

2. กิจกรรมทางกาย จากภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง การเสื่อมถอยของความสามารถในการดูแลตนเองไปเรื่อยๆ ยิ่งนานวันภาระในการดูแลจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมทางกายได้ เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษากายของ Ory และคณะ (1999) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบ

3. ด้านโภชนาการ จากภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านร่างกาย มีอาการของโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งเกิดจากความเครียดในการดูแล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) และในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางรายที่มีปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระเรื้อรัง สกปรกเหม็น รบกวนจนทำให้ผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่ลง (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) จึงทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านโภชนาการของผู้ดูแลด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีสัมพันธ์ทางกับสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ผู้ดูแลจะถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และเกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง และยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านได้ จึงจะถูกกลืนจากญาติ เพื่อนฝูง ที่ละน้อย แม้แต่ญาติที่จะมาเยี่ยมก็จะน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว (ธรรพรณ สุทธิสุนทร, 2543; วรรณนิภา บุญระยอง, 2541)

5. ด้านจิตวิญญาณ ประเทศไทยนั้น มีค่านิยมในการตอบแทนคุณของบุพการี ด้วยการเลี้ยงดูยามชรา และการเคารพผู้อาวุโส แม้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จะทำความเข้าใจยาก ลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวาย ความไม่สงบขึ้นในครอบครัวก็ตาม ผู้ดูแลจึงเกิดความขัดแย้งในใจ เกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการได้ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตัวเอง และมีความรู้สึกผิด เมื่อตนเองแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงที่จะต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ดีพอ (อรพินท์ บุญนาค, 2543)

6. การจัดการกับความเครียด จากการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลา และต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล หงุดหงิด (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544) และจากการศึกษาของ วรรณนิภา สมนาวรรณ (2537) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึก หนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดความเครียด อันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.3.3 เครื่องมือในการประเมินภาระการดูแล

เครื่องมือในการประเมินภาระการดูแล คือ (The Caregiver Strain Index) (Robinson, 1983) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับความตึงเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งเป็น ใช่ กับ ไม่ใช่ การให้คะแนนเป็น 1 กับ 0 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 0-13 คะแนน คุณภาพของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาเท่ากับ 0.86 จุดอ่อนของเครื่องมือนี้คือ เป็นเครื่องมือที่วัดความเครียดจากการดูแลเพียง 2 ด้านคือ ด้านร่างกาย และจิตใจ

Zarit และคณะ (1980) ได้สร้างเครื่องมือวัดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ไม่เห็นด้วย – เห็นด้วยมากที่สุด ระดับคะแนน 0 – 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 – 88 คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลที่สูง เครื่องมือชุดนี้มีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.91 และความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการวัดซ้ำได้เท่ากับ 0.71 (Zarit et al., 1980)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เลือกใช้แบบวัดความรู้สึกรับภาระของ Oberst (1990) เนื่องจาก Oberst ได้สร้างเครื่องมือที่วัดภาระการดูแลครอบคลุมทั้งด้านปรนัย (objective burden) และอัตนัย (subjective burden) และได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและภาระเครียดของญาติผู้ดูแลที่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 47 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบวัดความต้องการการดูแล เท่ากับ 0.87 และ ค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ (inter-item correlation) เท่ากับ 0.4

ต่อมา Carey, Oberst, Maccubbin และ Hughes, (1991) ได้ได้พัฒนาเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแลเพื่อทำการศึกษาในงานวิจัยภาระการดูแลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และนำมาทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 49 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบวัดเวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล เท่ากับ 0.83 และ 0.89 ตามลำดับ และค่าความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ด้าน เท่ากับ 0.73

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 4 ท่าน และได้ปรับปรุงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วนให้มีความชัดเจน และสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตในสังคมไทย หลังจากนั้นนำไปศึกษาความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 104 ราย นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบวัดภาระการดูแลทั้งชุดมีค่าเท่ากับ 0.77 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาระการดูแลทั้งชุดในส่วนของ

ความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.72 และ 0.78 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแล โดยนำเครื่องมือแบบวัดภาระในการดูแลไปใช้กับญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เด็กปัญญาอ่อน ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นต้น โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 74-100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเวลาในการดูแลเท่ากับ 0.72-0.86 และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.78-0.90 และค่าความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ด้าน เท่ากับ 0.60-0.85 (จริยา วิทยะสุกร, 2539; พารุณี เกตุกราย, 2550; เพ็ญใจ ศิริไพรวงษ์, 2540; รสสิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2532; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536) โดยลักษณะคำถาม จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล หรือทำกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับคือ ไม่เลย ถึง มากที่สุด ระดับคะแนน 1- 5 โดยประเมินภาระการดูแลออกมา 2 ลักษณะ คือ ภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัย ซึ่งวัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม และ ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย วัดจากการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม เมื่อนำทั้ง 2 ส่วนมาคูณและถอดรากที่สองจะได้เป็นภาระการดูแลขึ้น คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 15 – 75 คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาระการดูแลที่สูง ทำให้มองเห็นภาพรวมของภาระการดูแลได้ชัดเจน โดย คะแนน 15.00 – 26.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อยที่สุด คะแนน 27.00 – 38.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อย คะแนน 39.00 – 50.99 หมายถึง ภาระการดูแลปานกลาง คะแนน 51.00 – 62.99 หมายถึง ภาระการดูแลมาก คะแนน 63.00 – 75.00 หมายถึง ภาระการดูแลมากที่สุด

2.4 แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness)

Rosenbaum (1983, 1990) ได้ให้ความหมายของแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) หมายถึง ทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางความคิด ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผ่านการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไข ตัวแบบ ประสบการณ์ รวมทั้งจากการแนะนำอบรมสั่งสอนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ หรืออีกนัยหนึ่ง แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) ก็อาจหมายถึง ชุดของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติบ่อย หรือทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Personality repertoire) ซึ่งทักษะเหล่านี้ประกอบด้วย ทักษะการควบคุมตนเอง (Self control skill) ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่รวมกันอย่างผสมผสานเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดทั้งทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองโดยการลด หรือขจัดความคิดความรู้สึกที่มา

รบกวนจิตใจเพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตนหรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงการการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Braden, 1990,1993)

แหล่งทักษะภายในตนเองจะถูกเรียกขึ้นมาใช้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตหนึ่ง ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยตรงทำให้บุคคลต้องตกอยู่ในสภาวะเครียด หรือ สภาวะการณ์ที่ถูกคามชีวิต บุคคลจะนำแหล่งทักษะภายในตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้บุคคลสามารถประเมินถึงสิ่งที่จะมากระทบกับความผาสุกของตนเองได้และสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการที่จะเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดเหล่านี้ได้ ตลอดทั้งยังทำให้บุคคลทราบถึงแนวทางในการวางแผนเพื่อควบคุมตนเองต่อสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งชุดของทักษะนี้ประกอบด้วยทักษะต่าง ๆ ดังนี้ ทักษะการควบคุมตนเอง (Self control skill) ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) Rosenbaum (1983, 1990) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทักษะการควบคุมตนเอง (Self control skill) ตามแนวคิดของ Rosenbaum (1989, 1990) หมายถึง ทักษะที่ทำให้บุคคลสามารถลด (Minimization) หรือ ขจัด (Elimination) ความคิดความรู้สึก หรือแรงผลักดันภายในจิตใจ (Impulse) เพื่อที่จะให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความสามารถของตน ทักษะการควบคุมตนเองประกอบด้วย ทักษะการพูดกับตนเองในทางบวก (Positive self - statement) หรือทักษะการแนะนำตนเองในการเผชิญกับปัญหา (Self – instruction for coping) และความสามารถในการรอคอยผลตอบแทน (Ability to delay gratification) หรือการเลื่อนความต้องการความพึงพอใจในปัจจุบันเพื่อประโยชน์และความพึงพอใจที่มากกว่าในอนาคต (Postponement of immediate of need) ซึ่งทักษะการควบคุมตนเองมี 2 ลักษณะได้แก่

1.1 Redressive self control หมายถึง การจัดการตนเองโดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาหรือดำรงอยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis) กล่าวคือ บุคคลใช้ Redressive self control ในการพยายามจัดการ แก้ไขเพื่อให้กลับเข้าสู่ภาวะที่สามารถปฏิบัติหน้าที่และ ดำเนินชีวิตต่อไป การเกิดพฤติกรรม Redressive self control จะเกิดขึ้นทันทีถ้าหากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่เข้ามารบกวนการดำเนินชีวิต ชุดของพฤติกรรม Redressive self control นั้นจะเป็นการควบคุมตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการภายในจิตใจ เช่น อารมณ์ ความเจ็บปวด และการรู้คิด ที่มารบกวนการดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรม

1.2 Reformative self control หมายถึง การจัดการตนเองเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง แม้

จะขัดแย้งกับความคิดหรือพฤติกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ การเกิดพฤติกรรม Reformative self control จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากบุคคลอื่นเพื่อที่จะนำเข้าสู่สถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เพื่อให้เกิดสิ่งที่เป็นประโยชน์ในภายภาคหน้า

2. ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) หมายถึงทักษะที่ใช้เป็นกลวิธีในการแก้ปัญหา (Problem solving strategies) และพฤติกรรมการวางแผน (Planful behavior) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมในการคิดแนะนำตนเองกำหนดแบบแผนในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (self - direction) ตลอดทั้งยังมีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการปรับตัวแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีกว่าเดิม

3. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) Bandura (1977) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใดก็ต่อเมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ Rosenbaum ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของ Bandura (1977) มาผสมผสานเป็นชุดทักษะ ซึ่งรวมเรียกว่าเป็น แหล่งทักษะภายในตนเอง กล่าวคือ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือสถานการณ์วิกฤตบุคคลจะประเมินความสามารถตนเองว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือสามารถลดและขจัดความเครียดได้หรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นส่งผลให้บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน บุคคลทั้งสองมีแนวโน้มที่จะแสดงออกหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้ในสมรรถนะในตนเองของบุคคล แต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันทั้งในเวลาและในสภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ บุคคลเดียวกันถ้า รับรู้สมรรถนะของตนเองในแต่ละสภาวะการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงจึงขึ้นอยู่กับรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นหมายความว่ารวมถึงความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectation) (Rosenbaum, 1990)

การทำงานของทักษะต่างๆ ในแหล่งทักษะภายในตนเองเหล่านี้ จะทำงานรวมกันอย่างผสมผสานก่อให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมตนเอง (Self control behavior) ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมตนเองนั้นมิได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ หากแต่การเกิดพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้น จากกระบวนการรู้คิด (Process regulating cognition) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ การประมวลการรับรู้และประสบการณ์ การดำเนินการเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ (Target behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Health relate behavior) ที่บุคคลปฏิบัติเพื่อปรับตัวและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต พฤติกรรมเป้าหมายทางการพยาบาลตามการทบทวน

วรรณกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Boonpongmanee, et al., 2003; Kreulen & Braden, 2004) พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเอง (LeFort, 2000; Braden, 1990) พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเอง ด้านสุขภาพ (Zauszniewski, et al., 2001)

Zauszniewski และคณะ (2001) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพ (Help seeking behavior) กล่าวคือ แหล่งทักษะภายในตนเองนั้นทำให้บุคคลช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือที่เป็นทางการ (Formal Help-Seeking) และไม่เป็นทางการ (Informal Help-Seeking) (Zauszniewski, et al., 2001) นอกจากนี้ Gonzalaez (1997) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองเปรียบเสมือน Psychological resource ในการช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลได้ จะเห็นได้ว่า แหล่งทักษะภายในตนเองนั้นส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ (Target behavior) ที่แตกต่างกันออกไปเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.4.1 แหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติการต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่มีใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Gochman, 1988) สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายได้หลายดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า (Gochman, 1988)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทาง ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

2. เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

Rosenbaum (1983, 1990) ได้พัฒนาทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเอง จาก ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman (1984) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของ Bandura (1997) เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดทั้งทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองโดยการลด หรือขจัดความคิดความรู้สึกที่มารบกวนจิตใจเพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตนหรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในที่นี้คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Braden, 1990, 1993)

กล่าวโดยสรุป คือ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาวะ และเมื่อบุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาวะที่ดีตลอดชีวิต ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีนั้นจะทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ ลดการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

2.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) โดยงานวิจัยมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างด้วยกันหลายกลุ่มตัวอย่างทั้งบุคคลที่มีภาวะปกติตลอดถึงบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วย โดยงานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาในกลุ่มบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Zauszniewski & Chung, 2001; Aikens, et al., 1992; White, et al., 1996; Pairour, 2003) โรคลมชัก (Rosenbaum & Palmon, 1984) โรคเอดส์ (Boonpongmanee, et al., 2003) โรคไต (Rosenbaum & Ben- Ari, 1986) โรคหัวใจ (Pianchob, 2005) โรคเมเร็งเต้านม (Kreulen & Braden, 2004; Dirkson, 2000) โรคเมเร็งปอด (Hind, 1989) โรคไขข้ออักเสบ (Braden, 1990) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) (LeFort, 2000; Kennett, O'Hagan & Cezer, 2008) และนอกจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (Panitrat, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยแหล่งทักษะภายในตนเองที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล งานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของแหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแหล่งทักษะภายในตนเองนั้นมีทั้งความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ต้องมีการล้างไตและต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษาโดยต้องมีการจำกัดปริมาณของน้ำเข้าสู่ร่างกาย และการศึกษาพบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจำกัดน้ำเข้าของผู้ป่วย (Rosenbaum & Ben- Ari, 1986) การศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองสูงมีความถี่ในการชักอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ โดยผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองสูงจะเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพและอาการชักของเขาได้ (Rosenbaum & Palmon, 1984) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (White, et al., 1996; Pairour, 2003) การควบคุมการเผาผลาญ (Metabolic control) (Aikens, et al., 1992) และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Health practice) (Zauszniewski & Chung, 2001) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) (LeFort, 2000; Kennett, et al., 2008) และ ผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ (Braden, 1990) ผลการศึกษา พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเอง (self help behavior) (LeFort, 2000; Braden, 1990) ในผู้ป่วยโรคเมเร็งเต้านม พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง (Kreulen & Braden, 2004) และความผาสุก (Well being) ในการดำเนินชีวิต (Dirkson, 2000) ในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (Systemic lupus erythematosus) พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเช่นกัน (Braden, Mcglone, & Pennington, 1993) และในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า แหล่งทักษะ

ภายในตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองในด้านสุขภาพ (Zauszniewski, et al., 2001) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่ามีการศึกษาของ Fox (1986) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของแหล่งทักษะภายในตนเองกับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจโดยศึกษาผู้ป่วยชายโรคหัวใจผลการศึกษา พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง โดยผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูงจะมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีกว่าผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำกว่า Pianchob (2005) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแหล่งทักษะภายในตนเองระดับค่อนข้างสูง นอกจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นของ Panitrat (2001) ศึกษาอิทธิพลของแหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมการใช้ยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่น การศึกษาพบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาแอมเฟตามีน (Panitrat, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น แสดงให้เห็นว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลในการควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยเฉพาะการแสดงออกซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล แต่ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงแหล่งทักษะภายในตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากงานวิจัยของ Zauszniewski ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนกับผู้ดูแลผู้ป่วย และด้วยแนวคิดแตกต่างกับ Rosenbaum Zauszniewski จึงได้พัฒนาและสร้างทฤษฎีใหม่ชื่อ Resourcefulness โดยใช้พื้นฐานแนวคิดมาจาก Learned Resourcefulness ของ Rosenbaum สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเชื่อในแนวคิดของ Rosenbaum จึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

2.5 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Health status on family caregivers of Dementia patients)

พจนานุกรม พ.ศ. 2525 ได้บัญญัติความหมายของคำว่า สุขภาพ (Health) ไว้ว่า สุขภาพหมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ธรรมเนียมแห่งองค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติของคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (ปนิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) และศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้นิยามคำว่า สุขภาพ ตามแบบวิถีสังคมไทยคือ สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะทางกาย ทางจิต (จิตวิญญาณ) ทางสังคมและทางปัญญา

(จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2543) ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะสุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณของแต่ละบุคคล

1.1 พฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ทำให้แนวโน้มต่อไปนี้จะเพิ่มขึ้นได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ และเอดส์

1.2 ความคิด ความเชื่อ มิติทางจิตและสังคมขาดความสนใจเพราะมุ่งเศรษฐกิจ ตามกระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยมและทัศนคติของการจัดการให้สุขภาพสำคัญในระดับต่ำ อิทธิพลจากสื่อโฆษณา ล้วนประกอบเป็นผลต่อความเชื่อ และทัศนคติในสังคมผิดๆ ในการดูแลสุขภาพ

1.3 พันธุกรรม เทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่อาจรักษาหรือป้องกันบางโรคทางพันธุกรรม เช่น โรคปัญญาอ่อน โรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย ซึ่งจะเป็แนวโน้มแก้ปัญหาโรคเหล่านี้ต่อไปในอนาคต

2. องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ

2.1 การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

2.2 การศึกษา

2.3 การเมืองการปกครอง

2.4 โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขปโภค จะมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว

2.5 ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

2.6 ปัจจัยทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรม และจริยธรรม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของประชาชน

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

2.8 การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำมีมลพิษ มีสารปนเปื้อนในน้ำดื่มที่ใช้ทำน้ำประปา การใช้สารเคมีและวัตถุอันตรายมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและเสี่ยงภัยต่ออันตรายจากสารพิษได้

2.9 ด้านชีวภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจุลชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งแมลง และสัตว์นำโรคอยู่ตลอดเวลา ส่งผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลและกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

3. องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน

3.1 การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกระจายมีการครอบคลุมมากขึ้นและการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้

3.2 โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข ในการบริหารการสาธารณสุขจะต้องปรับองค์การทำงานให้เล็กลงเน้นกระจายอำนาจไปสู่หน่วยปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อภาวะการมีสุขภาพดีของประชาชน

3.3 คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีแนวโน้มการแข่งขัน การพัฒนาคุณภาพบริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกประเภท ทุกระดับ เกิดขึ้นแต่มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่ทัดเทียมกันในภูมิภาคส่งผลให้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในบางพื้นที่มีปัญหารุนแรง

3.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่ประหยัด ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมของสังคมสูงขึ้น

3.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน การพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการสาธารณสุขมูลฐานยังทำได้ผลดีอย่างแท้จริงในบางพื้นที่เท่านั้น และขาดความยั่งยืนในการพัฒนา จำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญและหันมาพัฒนาสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ด้วยตนเอง

สรุปว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้นนี้ เป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก สุขภาพทางกายและจิตใจ จึงมีความสำคัญ ถ้าร่างกายเจ็บป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่นเดียวกัน ถ้ามีความพร่องทางด้านจิตใจ ก็จะมีผลต่อสุขภาพกายด้วย

ดังนั้นสุขภาพ จึงหมายถึง ภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี (สุชาติ โสมประยูร, 2543) ซึ่งตัวกำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความ แตกต่างกันไป เช่น เปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้ตามวิถีภาวะหรือวิถีการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ เปลี่ยนแปลง เพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และ เปลี่ยนแปลง เนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง และพบว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลาย

ด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัด หรือ บางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ที่เหมาะสม ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสม ในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง ดังนั้นภาระในการดูแล จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (พรรณี จันทรอินทร์, 2547)

นภาพร ฤทธิวิรุณ (2548) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพก่อนการดูแล ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นระหว่างเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยภาวะเจ็บป่วยที่พบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้พบว่าความเครียดจากการดูแลและปัญหาการสื่อสาร สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นมีผลกระทบในด้านร่างกายมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และการรับภาระที่เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง สุขภาพของผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (ชนพรรณ ลิทธิสุนทร, 2543) จากการศึกษาของคัลเลอร์ แกลล์และคณะ (Kiecolt-Glaser et al., 1987 อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) พบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดทางอารมณ์สูง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพทางด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง น้ำหนักตัวลด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย (Brown, 1991) ในผู้ดูแลบางรายพบว่ามีอาการของโรคกระเพาะอาหาร เกิดขึ้นเนื่องจากความเครียดจากการดูแล (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2538) และบุคคลที่รับบทบาทหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน ส่วนใหญ่จึงเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน คู่สมรส หรือญาติที่ใกล้ชิด ซึ่งปริมาณในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง การระงับอุบัติเหตุ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสื่อสาร การพักผ่อน การรับประทานอาหาร สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ตกอยู่ในความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเครียดเรื้อรัง ทำให้มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้ดูแลนั้น จึงมีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อันมีส่วนทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

จากการศึกษาของ Ory และคณะ (1999) ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงผลกระทบของผู้ดูแลระหว่าง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กับผู้ป่วยโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ทั้งด้านความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ และการเงิน ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง จะมีความตึงเครียดด้านร่างกายและอารมณ์สูงกว่าเพศชาย และจากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคสมองเสื่อมและโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ดูแลที่มีอารมณ์ตึงเครียด มีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้รบกวนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วย (Flaskerud, Carter & Lee, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenbaum (1990) ที่เชื่อว่า บุคคลมีชุดทักษะ คือ แหล่งทักษะภายในตนเอง มาใช้ในการจัดการกับความเครียด ความรู้ถูกคุกคาม และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นการดูแลที่ใช้เวลามากและซับซ้อน ผู้ดูแลต้องมีความอดทนสูง และมีร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่หนักแน่นมั่นคงและความเมตตา เพราะผู้ดูแลต้องอาศัยทั้งจิตวิทยา ใส่ใจดูแลเรื่องสุขภาพ คอยจัดการเรื่องต่างๆ ตั้งแต่ความปลอดภัย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในทุกๆ ด้าน อาจต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังคนเดียวทุกๆ วัน โดยไม่มีโอกาสพักผ่อน ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ทุกสิ่งทุกอย่างมารวมอยู่ที่ผู้ดูแลคนเดียว เกือบตลอด 24 ชั่วโมง (สุรภิญญา ชนะพิศ, 2552) สถานการณ์หรือเหตุการณ์เหล่านี้ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เปรียบเสมือนเป็นสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิต แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) จะถูกเรียกมาใช้ โดยชุดทักษะแหล่งทักษะภายในตนเอง ประกอบด้วย ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทักษะต่างๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน เพื่อควบคุมตนเองและนำไปซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ (Target Behavior) ซึ่งในที่นี้คือ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงสร้างสรรค์ ในที่สุดบุคคลจะสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลหรือสภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ดังนั้นเชื่อว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลในการควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะการแสดงออกซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล แต่ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษา ถึงแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีแหล่งทักษะภายในตนระดับที่สูง จึงมีความสำคัญเพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ความรู้สึกถูกคุกคามต่างๆ ชุดทักษะเหล่านี้จะทำให้บุคคลหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีพฤติกรรมการควบคุมตนเอง เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายในเชิงสร้างสรรค์ เช่น การปฏิบัติตามแนว

ทางการรักษา หรือมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมา รับการตรวจรักษาคลินิกโรคผู้สูงอายุ คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาคลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแล 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 88 ราย และกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
2. เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ พี่ น้อง บุตร โดยทางสายเลือด หรือตามกฎหมาย หลาน คู่สมรส สะใภ้หรือลูกเขย ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือนและให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลและ/หรือผู้ป่วย แจ้งความประสงค์ ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ป่วยรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากมีอาการทางจิต หรือความผิดปกติจากโรคสมองเสื่อมที่เป็นมาก หรือ รบกวนความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ของญาติผู้ดูแล

เกณฑ์ผู้ติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว หรือขอยุติการวิจัย
2. ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือวุ่นวายมาก

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น α เท่ากับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ Power of test เท่ากับ 0.80 และจากการศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของ นภาพร ฤทธิวีรกุล (2548) พบว่า สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ร้อยละ 22 ($F_{(1, 88)} = 25.23$, $p < .01$) เนื่องจากตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้มีผู้ทำการศึกษามาแล้ว แต่ในบริบทแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้งานวิจัยออกมาน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกขนาดของอิทธิพลในระดับกลาง ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Effect size) เท่ากับ 0.30 จากการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย (polit & Beck, 2008, pp 605)

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

แหล่งที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ

- 1) คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งให้บริการตรวจโรค ทุกวันจันทร์ เวลา 16.00 – 20.00 น. และทุกวันเสาร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท โดยมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา 20 - 30 รายต่อวัน
- 2) คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการตรวจโรคทุกวันอังคาร เวลา 08.00 – 12.00 น. และทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 16.00 น. ดึงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกโรค โดยมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา 60-80 รายต่อวัน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาดังกล่าวของแต่ละคลินิก

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน (ภาคผนวก ก) ได้แก่

3.3.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

3.3.1.1 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรคประจำตัว

3.3.1.2 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อมูลเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัย ระยะเวลาที่ป่วย คะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ซึ่งมีนักจิตวิทยาของคลินิกเป็นผู้ทดสอบ และผู้วิจัยโดยรวมจากแฟ้มประวัติ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และคะแนนปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัดโดยใช้เครื่องมือดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Index) ประเมินโดยผู้วิจัย คะแนนเต็ม 20 คะแนน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นคำถามปลายปิด

3.3.2 แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale)

สร้างโดย Oberst (1991) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการของลาซารัสและโฟลคแมน ในปี ค.ศ. 1989

Oberst และคณะ (1989) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความต้องการการดูแล เป็นเครื่องมือประเมินตนเองของญาติผู้ดูแล ในด้านปริมาณเวลาและพลังในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งหมด 10 ข้อและได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่าควรเพิ่มข้อคำถามอีก จากนั้น Oberst (1991) เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อรวมเป็น 12 ข้อ

ต่อมาในปี 1991 Carey, Oberst, Maccubbin และ Hughes (1991) ได้พัฒนาแบบสอบถามจากข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ รวมเป็น 14 ข้อ เพื่อเป็นการประเมินความต้องการดูแลและความยากลำบากในการทำกิจกรรม ในปีเดียวกัน Oberst และคณะ (1991) ได้เพิ่มเติมข้อคำถามอีก 1 ข้อรวมเป็น 15 ข้อ โดยได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลทั่วไป

ในประเทศไทย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) และ รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดภาระการดูแล ของ Oberst (1991) ให้เหมาะสมกับคนไทย โดยศึกษาเฉพาะในส่วนของความต้องการการดูแลหรือ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แบบวัดภาระการดูแล

ของ Oberst (1991) ประกอบด้วยความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 12

ด้านการดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 8, 14

ด้านการดูแลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 15

แต่ละข้อคำถามแยกวัดเป็น 2 ส่วน คือ ความต้องการดูแล (demand) ประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล (difficulty) ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

ความต้องการการดูแล (ปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม)

ไม่เลย หมายถึง ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมเลย ให้ 1 คะแนน

น้อย หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมน้อย ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมมาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลกิจกรรมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล (ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแล ตามความรู้สึของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม)

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก หมายถึง มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด หมายถึง มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนภาระการดูแลโดยรวมด้วยการนำคะแนนเฉลี่ยด้านความต้องการในการดูแลมาคูณกับคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแลในแต่ละข้อ แล้วนำมาถอดรากที่สอง ซึ่งจะได้การเป็นรายชื่อ จากนั้นคะแนนรายชื่อ ทั้ง 15 ข้อมารวมกัน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 15-75 คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 15.00 – 26.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อยที่สุด

คะแนน 27.00 – 38.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อย

คะแนน 39.00 – 50.99 หมายถึง ภาระการดูแลปานกลาง

คะแนน 51.00 – 62.99 หมายถึง ภาระการดูแลมาก

คะแนน 63.00 – 75.00 หมายถึง ภาระการดูแลมากที่สุด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีทางการพยาบาล แหล่งทักษะภายในตนเองของโรเซนบัม จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยาม หรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 = ไม่สอดคล้องเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก | 3 = ค่อนข้างสอดคล้อง ไม่ต้องปรับปรุง |
| 2 = สอดคล้องเล็กน้อย ต้องปรับปรุง | 4 = สอดคล้องมาก ไม่ต้องปรับปรุง |

ความชัดเจนของข้อความคำถาม

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 = ไม่ชัดเจนเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก | 3 = ค่อนข้างชัดเจน ไม่ต้องปรับปรุง |
| 2 = ชัดเจน เล็กน้อย ต้องปรับปรุง | 4 = ชัดเจนมาก ไม่ต้องปรับปรุง |

ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1 = ไม่เหมาะสมเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก | 3 = ค่อนข้างเหมาะสม ไม่ต้องปรับปรุง |
| 2 = เหมาะสมเล็กน้อย ต้องปรับปรุง | 4 = เหมาะสมมาก ไม่ต้องปรับปรุง |

ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาคำนวณหาค่า CVI ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00, 0.92 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไข ให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความคำถามและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจรักษา คลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ดิกรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหา ของข้อความแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 88 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.92

3.3.3 แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule)

แปลและเรียบเรียงจากแบบวัดความเชื่อในการควบคุมตนเอง เอส ซี เอส (Self – Control Schedule) ของ Rosenbaum (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์ (2544) วัดอุปสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือชุดนี้ก็เพื่อใช้ในการประเมินทักษะทางพฤติกรรม (Behavior skill) และทักษะทางการรู้คิด (Cognitive skill) โดยเป็นแบบวัดแบบให้รายงานตนเอง (Self-report) ที่มีลักษณะการประเมินแนวโน้มของแต่ละบุคคลในการประยุกต์วิธีการควบคุมตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของตน มีจำนวนข้อความทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็นการวัดแหล่งทักษะภายในตนเองเพื่อควบคุมตนเอง 4 ด้านดังนี้

1. ทักษะการควบคุมตนเอง (Self – Control skill) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 13, 15, 16, 17, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 36
2. ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Problem solving skill) จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 7, 10, 11, 12, 20, 28, 32, 33, 34
3. ความสามารถรอคอยผลตอบแทนผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้ (Delay immediate gratification) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 18, 22, 29
4. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 8, 14, 19, 21, 24, 35

ข้อความประกอบไปด้วยข้อความทางด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ข้อความทางบวกมีจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36

ข้อความทางลบมีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, 35

ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale format) 6 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

คะแนน		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
6	เป็นลักษณะของฉันอย่างแท้จริง (เป็นตัวฉันมากที่สุด)	6	1
5	เกือบจะเป็นลักษณะของฉันทีเดียว (เป็นตัวฉันมาก)	5	2
4	ค่อนข้างจะเป็นลักษณะของฉันเพียงเล็กน้อย (เป็นตัวฉันปานกลาง)	4	3
3	ค่อนข้างจะไม่ใช่ลักษณะของฉัน (เป็นตัวฉันน้อย)	3	4

คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
2	เกือบจะไม่ใช้ลักษณะของฉัน (เป็นตัวฉันน้อยที่สุด)	5
1	ไม่ใช้ลักษณะของฉันอย่างแน่นอน (ไม่เป็นตัวฉันเลย)	6

คะแนนของแหล่งทักษะภายในตนเองจะบ่งชี้ถึงระดับของแหล่งทักษะภายในตนเองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง จุดตัดของคะแนนอยู่ที่ค่ามัธยฐาน (Median) ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ถ้าคะแนนรวมมากกว่าค่ามัธยฐาน แปลว่ามีบุคคลนั้นมีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น มาคำนวณหาค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule) ค่า CVI เท่ากับ 0.98 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไข ให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจรักษา คลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ดิฉันผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหา ของข้อคำถามแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 88 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.75

3.3.4 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36 Health Survey)

สร้างโดย Ware และ Sherbourne (1986, 1992) จากงานวิจัยคุณภาพที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐาน โดยมีผู้นำไปแปลและใช้ในประเทศต่างๆ มากกว่า 10 ประเทศ แบบสอบถามนี้สามารถวัดสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม (Social functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจิตเวช และวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทย โดย วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2543) ต่อมา นภาพร ฤทธิวีกรกุล (2548) ได้นำมาดัดแปลงและใช้วัด

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ คือ มิติ Physical functioning (10 ข้อ), Role limitations due to physical problem (4 ข้อ), Bodily pain (2 ข้อ), General health perceptions (5 ข้อ), Social functioning (2 ข้อ), Vitality (4 ข้อ), Role limitations due to emotional problem (3 ข้อ), General mental health (5 ข้อ), และ Reported health transition 1 ข้อ รวม 36 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3-5 ระดับ ดังนี้

ข้อที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

ดีเยี่ยม	หมายถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปของตัวเองในระดับที่ดีเยี่ยม
		ให้ 5 คะแนน
ดีมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปของตัวเองในระดับที่ดีมาก
		ให้ 4 คะแนน
ดี	หมายถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปของตัวเองในระดับที่ดี
		ให้ 3 คะแนน
พอใช้	หมายถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปของตัวเองในระดับที่พอใช้
		ให้ 2 คะแนน
ไม่ดีเลย	หมายถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปของตัวเองในระดับที่แย่
		ให้ 1 คะแนน

ข้อที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

ดีขึ้นมาก	ให้	5	คะแนน
ดีขึ้นบ้าง	ให้	4	คะแนน
เหมือนเดิม	ให้	3	คะแนน
แย่ลงบ้าง	ให้	2	คะแนน
แย่ลงมาก	ให้	1	คะแนน

ข้อ 3-12 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนดังนี้

มีผลมาก	ให้	1	คะแนน
มีบ้างเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่มีผล	ให้	3	คะแนน

ข้อ 13-19 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-2 คะแนนดังนี้

ใช่	ให้	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้	2	คะแนน

ข้อ 20,22 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

มาก	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เพียงเล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ไม่เลย	ให้	5	คะแนน

ข้อ 21 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนนดังนี้

รุนแรงมาก	ให้	1	คะแนน
รุนแรง	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เพียงเล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
น้อยมาก	ให้	5	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	6	คะแนน

โดยมีข้อความทางลบมีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24, 25, 28, 29 และ 31

ข้อ 23-31 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	ให้ 6 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เกือบตลอดเวลา	ให้ 5 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
บ่อยๆ	ให้ 4 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
บางเวลา	ให้ 3 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
นานๆครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 5 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 6 คะแนน

ข้อ 32 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

ตลอดเวลา	ให้	1	คะแนน
เกือบตลอดเวลา	ให้	2	คะแนน

บางเวลา	ให้	3 คะแนน
นานๆครั้ง	ให้	4 คะแนน
ไม่รบกวนเลย	ให้	5 คะแนน

ข้อ 33-36 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถูกต้องทุกประการ	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่ทราบว่าถูกหรือผิด	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่ถูกต้องเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

โดยมีข้อความทางลบมีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33 และ 35

จากนั้นคะแนนรายข้อ ทั้ง 36 ข้อมารวมกัน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 36-149 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพที่ดี คะแนนต่ำแสดงถึงผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี จุดตัดของคะแนนอยู่ที่ค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ถ้าคะแนนรวมมากกว่าค่าเฉลี่ย แปลว่า บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น มาคำนวณหาค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36 Health Survey) ค่า CVI เท่ากับ 1.00 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไข ให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจรักษา คลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อความแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 88 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.88

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย
2. ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุมัติเข้าพบหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดวัน เวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามตารางการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ
4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลต่างๆเหล่านี้แล้ว ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บอกคำตอบ และผู้วิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden) แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule: SCS) และแบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey)

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ทำการชี้แจงด้วยวาจา ด้วยตนเอง ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แต่ผู้วิจัยจะใส่หมายเลขที่แบบสอบถามแทน เพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย กับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่า แบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์ข้อมูล แหล่งทักษะภายในตนเอง ภาวะของญาติผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการคำนวณหาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของข้อมูล
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจาก เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลที่เก็บในการศึกษานี้พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคผู้สูงอายุ คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ดิگผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 โดยวิธีการเชิญชวนญาติผู้ดูแลเข้าร่วมวิจัย 95 ราย ไม่มีผู้ปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย แต่มีการคัดออก 7 ราย เนื่องจากคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา เก็บข้อมูลกับญาติผู้ดูแล 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 ราย วิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลการวิจัย โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 28-82 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 69.3 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 20,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.3 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรสาวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาคือ บุตรชาย คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 81.8 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.7 และเมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 30	4	4.5
31 – 40	18	20.5
41 – 50	20	22.7
51 – 60	25	28.4
61 – 70	15	17.0
71 – 80	5	5.7
81 – 90	1	1.1
(ค่าเฉลี่ย 28-82 ค่าเฉลี่ย 51.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.53)		
เพศ		
ชาย	28	31.8
หญิง	60	68.2

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	48	54.5
คู่	38	43.2
หม้าย	2	2.3
ศาสนา		
พุทธ	88	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.5
ประถมศึกษา	1	1.1
มัธยมศึกษา	2	2.3
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	20	22.7
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	61	69.3
อาชีพ		
งานบ้าน	3	3.4
รับจ้าง	5	5.7
ค้าขาย	17	19.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41	46.6
ไม่มีงาน (ออกจากงาน)	22	25.0
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
< 10,000	5	5.7
10,001 – 20,000	11	12.5
20,001 – 30,000	42	47.7
30,001 – 40,000	17	19.3
40,001 – 50,000	12	13.6
> 50,001	1	1.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาค่าใช้จ่าย		
ไม่มี	83	94.3
มี	5	5.7
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี	4	4.5
ภรรยา	5	5.7
บุตรสาว	51	58.0
บุตรชาย	23	26.1
หลาน	5	5.7
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉลี่ย		
มากกว่า 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 12 ชั่วโมง	39	44.3
มากกว่า 12 ชั่วโมง	49	55.7
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม		
ไม่มี	87	98.9
มี	1	1.1
มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ไม่มี	16	18.2
มี	72	81.2
มีโรคประจำตัว		
ไม่มี	63	71.6
มี	25	28.4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 88 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 80.0 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 58-94 ปี โรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ โรคสมองเสื่อม (Dementia) คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 8.0 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.0 ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล (Modified Barthel Index) มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.8 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 73.9 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
41 – 50	1	1.1
51 – 60	1	1.1
61 – 70	10	11.4
71 – 80	28	31.8
81 – 90	43	48.9
91 – 100	5	5.7
(ค่าพิสัย 58 - 94 ค่าเฉลี่ย 80.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.04)		
เพศ		
ชาย	28	31.8
หญิง	60	68.2
วินิจฉัยโรค		
Dementia	59	67.0
Vascular dementia	7	8.0
Alzheimer's disease	22	25.0

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วย		
1 ปี	15	17.0
2 ปี	29	33.0
3 ปี	25	28.4
4 ปี	7	8.0
5 ปี	9	10.2
7 ปี	2	2.3
8 ปี	1	1.1
ระดับคะแนนการทดสอบสภาพสมองเสื่อม (TMSE)		
< 10	7	8.0
11 – 15	14	15.9
16 – 20	23	26.1
21 – 25	18	20.5
> 25	8	9.1
ไม่สามารถประเมินได้	18	20.5
คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Index)		
คะแนนรวม		
0 – 4	23	26.1
5 – 8	17	19.3
9 – 11	6	6.8
12 +	42	47.8
(ค่าเฉลี่ย 10.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19)		
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล		
ไม่มี	23	26.1
มี	65	73.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2.1) ภาระของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษา พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่ญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน และเตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.78 - 3.30 คะแนน ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนการใช้เวลาในการดูแลน้อยที่สุดได้แก่ การทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น (Mean = 1.56, SD = .62) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้เวลาทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ตามลำดับจากมากไปน้อย (n = 88)

กิจกรรม	การใช้เวลา	
	Mean	SD
1. ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน	3.30	.83
2. เฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ	3.22	.76
3. จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	3.00	1.22
4. ให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน	2.81	.60
5. เตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล.....	2.78	.66
6. การให้การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล.....	2.77	.78
7. จัดการเรื่องการเดินทาง	2.68	.76
8. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพุงตัวในขณะที่เดินและอื่นๆ	2.68	1.26
9. ติดต่อแพทย์และพยาบาล	2.17	.59
10. ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ	2.06	.70
11. ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.02	.78
12. ทำงานอื่นๆเพิ่มจากที่ทำตามปกติ	1.82	.75
13. จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว	1.82	.67
14. ช่วยผู้ป่วยในการอ่านเขียน	1.59	.49
15. ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	1.56	.62

สำหรับกิจกรรมการดูแลที่มีความยากลำบากในการดูแลพบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน และการเตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.80 - 3.31 คะแนน ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนความยากลำบากน้อยที่สุด ได้แก่ การทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น (Mean = 1.49, SD = .62) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ตามลำดับจากมากไปน้อย (n = 88)

กิจกรรม	ความยากลำบาก	
	Mean	SD
1. เฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ	3.31	1.04
2. ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน	3.26	1.03
3. จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	3.08	1.25
4. ให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน	2.92	.82
5. เตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล.....	2.80	.80
6. การให้การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล.....	2.77	.88
7. จัดการเรื่องการเดินทาง	2.69	.93
8. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพุงตัวในขณะที่เดินและอื่นๆ	2.66	1.41
9. ติดต่อแพทย์และพยาบาล	2.17	.73
10. ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ	2.11	.79
11. ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.02	.88
12. ทำงานอื่นๆเพิ่มจากที่ทำตามปกติ	1.78	.83
13. จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว	1.78	.73
14. ช่วยผู้ป่วยในการอ่านเขียน	1.53	.58
15. ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	1.49	.62

สำหรับค่าคะแนนรวมของภาระการดูแล กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลสูงสุด ได้แก่ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการดูแลให้พักผ่อน (Mean = 3.26, SD = .89) และกิจกรรมที่มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด ได้แก่ การทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น (Mean = 1.51, SD = .59) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้เวลา ความยากลำบาก และความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ตามลำดับจากมากไปน้อย (n = 88)

กิจกรรม	การใช้เวลา Mean (SD)	ความยากลำบาก Mean (SD)	ภาระการดูแล Mean (SD)
1. ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน...	3.30 (.83)	3.26 (1.03)	3.26 (.89)
2. ฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ	3.22 (.76)	3.31(1.04)	3.23 (.84)
3. จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา...	3.00 (1.22)	3.08 (1.25)	3.02 (1.20)
4. ให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่....	2.81 (.60)	2.92 (.82)	2.84 (.65)
5. เตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการ...	2.78 (.66)	2.80 (.80)	2.78 (.72)
6. การให้การดูแลเกี่ยวกับการรักษา...	2.77 (.78)	2.77 (.88)	2.76 (.80)
7. จัดการเรื่องการเดินทาง	2.68 (.76)	2.69 (.93)	2.67 (.79)
8. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพุงตัว...	2.68 (1.26)	2.66 (1.41)	2.65 (1.31)
9. ติดต่อแพทย์และพยาบาล	2.17 (.59)	2.17 (.73)	2.16 (.64)
10. ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ	2.06 (.70)	2.11 (.79)	2.07 (.71)
11. ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	2.02 (.78)	2.02 (.88)	2.01 (.81)
12. จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของ...	1.82 (.67)	1.78 (.73)	1.79 (.68)
13. ทำงานอื่นๆ เพิ่มขึ้นจากที่ทำตามปกติ	1.82 (.75)	1.78 (.83)	1.78 (.76)
14. ช่วยผู้ป่วยในการอ่านเขียน	1.59 (.49)	1.53 (.58)	1.55 (.49)
15. ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	1.56 (.62)	1.49 (.62)	1.51 (.59)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมของภาระการดูแลเมื่อแบ่งตามรายด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลสูงสุด ทั้งการใช้เวลาและความยากลำบาก ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป (Mean = 16.89, SD = 3.70 และ Mean = 16.82, SD = 4.13 ตามลำดับ) และด้านที่มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด ทั้งการใช้เวลาและความยากลำบาก ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Mean = 8.76, SD = 2.08 และ Mean = 8.71, SD = 2.47 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การใช้เวลา ความยากลำบาก แบ่งตาม รายด้าน (n = 88)

กิจกรรม	การใช้เวลา Mean (SD)	ความยากลำบาก Mean (SD)
ภาระของญาติผู้ดูแลรายด้าน		
ด้านการดูแลทั่วไป	16.89 (3.70)	16.82 (4.13)
ด้านการดูแลระหว่างบุคคล	10.61 (2.04)	10.84 (2.61)
ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	8.76 (2.08)	8.71 (2.47)
รวม	36.27 (6.58)	36.38 (7.87)

2.2) แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของแหล่งทักษะภายในตนเอง อยู่ระหว่าง 142 – 178 คะแนน ค่ามัธยฐาน 159.0 คะแนน (Mean = 159.76, SD = 7.98) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการควบคุมตนเองมากที่สุด (Mean = 56.0, SD = 3.16) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าพิสัย และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แหล่งทักษะภายในตนเองของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนเต็ม	Range	Mean	SD
แหล่งทักษะภายในตนเอง โดยรวม	36 - 216	142 - 178	159.76	7.98
แหล่งทักษะภายในตนเอง แบ่งตามรายด้าน				
ทักษะการควบคุมตนเอง			55.62	3.16
ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน			51.71	2.73
ทักษะความสามารถรอคอยผลลัพธ์ของการปฏิบัติ			16.70	2.56
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง			35.71	3.17

3) ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อยู่ระหว่าง 92 – 131 คะแนน (Mean = 115.48, SD = 9.13) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดี และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Mean = 52.94, SD = 5.14) และด้านจิตใจ (Mean = 62.54, SD = 5.19) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนเต็ม	Range	Mean	SD
ภาวะสุขภาพของญาติ โดยรวม	36 - 149	92 – 131	115.48	9.13
แยกเป็นรายด้าน				
ด้านร่างกาย (คะแนนเต็ม 69 คะแนน)			52.94	5.14
ด้านจิตใจ (คะแนนเต็ม 80 คะแนน)			62.54	5.19

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การแปลผลคะแนนของภาระของญาติผู้ดูแล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 15.00-26.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อยที่สุด คะแนน 27.00-38.99 หมายถึง ภาระการดูแลน้อย คะแนน 39.00-50.99 หมายถึง ภาระการดูแลปานกลาง คะแนน 51.00-62.99 หมายถึง ภาระการดูแลมาก และคะแนน 63.00-75.00 หมายถึง ภาระการดูแลมากที่สุด จากตารางที่ 4.9 พบว่า ภาระของญาติผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 36.12 คะแนน หมายความว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลในระดับน้อย

เมื่อพิจารณาคะแนนของแหล่งทักษะภายในตนเอง พบว่ามีค่าพิสัย อยู่ระหว่าง 142 – 178 ค่ามัธยฐาน 159.00 คะแนน และค่าเฉลี่ย 159.76 หมายถึง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนรวมมากกว่าค่ามัธยฐาน หมายความว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีแหล่งทักษะภายในตนเองอยู่ในระดับ สูง

สำหรับคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 92 – 131 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 115.48 คะแนน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายความว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	Min – Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
1. ภาระของญาติผู้ดูแล	15.00 – 75.00	18.00 – 58.76	36.12	7.18
2. แหล่งทักษะภายในตนเอง	36.00 – 216.00	142.00 – 178.00	159.76	7.98
3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	36.00 – 149.00	92.00 – 131.00	115.48	9.13

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.473, p < .01$) และแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.400, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์สหประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3
1. ภาระของญาติผู้ดูแล	1		
2. แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.289**	1	
3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	-.473**	.400**	1

** $p < .01$ (2-tailed).

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีจำนวนทั้งหมด 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 28-82 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรพิณ ชนะพิศ (2552) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม Muangpaisan (2010) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันทางความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรสาวมากกว่าบุตรชาย รองลงมาเป็นคู่สมรส ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ในประเด็นนี้จะแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศ (Croog et al., 2006; Hirakawa et al., 2008; Sink et al., 2006; Riedijk et al., 2006) ที่พบว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพา จะเป็นคู่สมรสมากกว่า รองลงมาจึงจะเป็นบุตรสาว ในส่วนนี้สามารถอธิบายได้ว่า ตามโครงสร้างของครอบครัวไทย ที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานคร จะเป็นชุมชนในเขตเมืองหลวงก็ตาม แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทย และการนับถือศาสนาพุทธ ที่กล่าวว่าผู้เป็นบุตรต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือมารดา บิดา เหมือนเป็นการตอบแทนบุญคุณ และจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า ไม่ตกต่ำ เพราะเป็นการแสดงถึงการกตัญญูกตเวที (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน, 2552)

ด้านระดับการศึกษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.3 และมีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ 20,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พารุณี เกตุกราย (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นครู/อาจารย์ โรงเรียนมัธยม เขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.3 ปริญญาโท ร้อยละ 29.0 Sink (2006) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยในชุมชน 8 รัฐใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลาย ถึงร้อยละ 48.2 Muangpaisan (2010) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มาเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 37.0 และสูงกว่าร้อยละ 18.0 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษานี้ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่ได้รับการสนับสนุนและมีโอกาสในด้านการศึกษาที่มากกว่า จึงแตกต่างกับการศึกษาของ บุญรอด ดอนประเพ็ญ (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล แหล่งเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม พบว่า จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 36 ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาของผู้ดูแลในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31 และ 21 ตามลำดับ

ด้านปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า มีปัญหาน้อย ร้อยละ 5.7 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือจากบุตรหลานได้ตามสิทธิของข้าราชการ จึงทำให้ประเมินได้ว่าไม่มีปัญหาในค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของ พารุณี เกตุกราย (2550) และบุญรอด ดอนประเพ็ญ (2549) ที่พบว่า มีปัญหาและต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นเพื่อเตรียมหาเงินมาสำรองไว้ ต้องกู้เงินจากส่วนราชการและธนาคารเพื่อนำมาดูแล ร้อยละ 10

นอกจากนี้ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 และมีผู้ช่วยในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 98.9 เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.1 แตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าประเทศไทยได้มีการพัฒนาทางการแพทย์และงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงหลายด้าน และการดูแลจากผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้เป็นไปอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและให้การช่วยเหลือผู้ดูแล โดยให้คำแนะนำ ข้อมูลและช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในการดูแลที่บ้านได้เป็นอย่างดี เป็นรูปแบบหรือระบบมากขึ้น เพื่อลดความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดจากการดูแลและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้มากขึ้น ถึงแม้จะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการปรับตัว ในการดำรงชีวิตและแบ่งหน้าที่ในการรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย โดยมีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนในการดูแลในแต่ละวัน เพราะญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ยังต้องรับผิดชอบทั้งภาระงานในอาชีพของตนเอง และหน้าที่ในครอบครัวไปพร้อมๆกัน (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 88 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 80.0 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 58-94 ปี โรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ โรคสมองเสื่อม (Dementia) คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 8.0 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.0 คะแนนการทดสอบสภาพสมองเสื่อม เบื้องต้น (TMSE) คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.8 หมายความว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับที่ดี และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 73.9

ส่วนที่ 2 ภาระของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาระของญาติผู้ดูแล มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18.00 – 58.76 คะแนน (Mean = 36.12, SD = 7.18) แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งได้ศึกษาถึงภาระของญาติผู้ดูแลในบริบทที่แตกต่างกันได้แก่ ภาระของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ของ Donprapeng (2006) พบว่าการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 39.51, SD = 8.02)

การศึกษาภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านของ พารุณี เกตุกราย (2550) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านรับรู้ถึงภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 43.60, SD = 10.81)

ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) พบว่า ภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 39.82, SD = 9.18)

และการศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า คะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 40.37, SD = 7.23)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีผู้ช่วยที่เป็นญาติมาช่วยในการดูแลมากถึง ร้อยละ 81.2 มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.8 หมายความว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับที่ดี รวมถึงอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละรายที่แตกต่างกัน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นแตกต่างกันไป ขึ้นกับความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละรายด้วย ประกอบกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีจำนวน 73 รายคิดเป็นร้อยละ 83.0 ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าภาระน้อย เนื่องจากได้ประสบการณ์ในการดูแลตรงและมีโอกาสได้รับความรู้ คำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลกรทางการแพทย์ในคลินิก ทำให้ได้รับความรู้เรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวโรคสมองเสื่อมมากขึ้น อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้เกิดความเข้าใจ และได้รับการช่วยเหลือในการดูแลจากคนในครอบครัว ขอมเป็นการช่วยลดเป็นภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลลงไปได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี และอายุเฉลี่ย 51.17 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นช่วงอายุที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาแล้ว จึงทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ ในการเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลทั้งตนเองและผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537) และถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.9 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็ตามแต่ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ถึงร้อยละ 69.3 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Rosenbaum (1983, 1990) ที่กล่าวไว้ว่า แหล่งทักษะภายในตนเอง เป็นชุดของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติบ่อยหรือเป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่รวมกันอย่างผสมผสานเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดทั้งทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองโดย

การลด หรือขจัด ความคิดความรู้สึกที่มารบกวนจิตใจเพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตนหรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงการการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Braden, 1990,1993) ดังนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงอาจจะสามารถประยุกต์ความรู้และประสบการณ์ ที่มีอยู่มาใช้ได้ดีกว่า ทั้งยังสามารถแสวงหาข้อมูลเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี

ในด้านข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนอื่นๆ พบว่า ญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นบุตรสาว ร้อยละ 58.0 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา เนื่องจากสังคมไทยมีการปลูกฝัง ให้ลูกหลานมีความกตัญญูต่อบุพการี (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) โดยเฉพาะเพศหญิงเป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบงานบ้าน และดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ญาติผู้ดูแล ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วยความเต็มใจ คิดว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณและเป็นการทำเพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกเหล่านี้ อาจส่งผลให้การประเมินภาระของญาติผู้ดูแลว่า ถึงแม้จะมีกิจกรรมในการดูแลมาก แต่ญาติผู้ดูแลอาจรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลน้อย หรือไม่มีภาระในการดูแลเลย (พารุณี เกตุกราย, 2550; ศิริพรรณ ปิตมานะอารี, 2550; สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลน้อย ร้อยละ 5.7 ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการใช้จ่ายพิเศษในการดูแลแต่อย่างใด เช่น การจ้างคนดูแล ไม่ได้มีอาหารเสริม และต้องปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในส่วนค่ายาและค่ารักษาพยาบาล สามารถเบิกได้กับต้นสังกัดของบุตรหรือตัวผู้ป่วยเอง แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น จะเป็นครอบครัวที่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เพราะหากพิจารณาจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 28,140 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และมาเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้ ญาติผู้ดูแลมีรายได้ในช่วง 20,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 47.7 อาจทำให้รายได้ไม่เพียงพอจ่าย และทำให้ญาติผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น หรือต้องกู้ยืมเงินมาเพื่อนำมา รักษาดูแลได้ แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือของบุตรได้ตามสิทธิของข้าราชการแล้ว จึงทำให้ญาติผู้ดูแลอาจประเมินได้ว่า มีค่าใช้จ่ายเพียงพอกับการใช้จ่ายแล้ว แต่ในความเป็นจริง ค่าใช้จ่ายไม่ได้มีเพียงค่ายา และค่ารักษาเท่านั้น ยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการยังชีพ ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ ค่าเดินทาง และค่าอื่นๆ อีกมากมาย

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้นั้น จะก่อให้เกิดภาระมากในการดูแลมาก กิจกรรมที่มีคะแนนการใช้เวลาในการดูแลสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน และเตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.78 - 3.30 คะแนน ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนการใช้เวลาในการดูแลน้อยที่สุดได้แก่ การทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น ($Mean = 1.56, SD = .62$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (2550) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน พบว่ากิจกรรมที่ใช้เวลามากคือ การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สำหรับคะแนนความยากลำบากในการดูแลนั้น กิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน และการเตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.80 - 3.31 คะแนน ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนความยากลำบากน้อยที่สุด ได้แก่ การทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น ($Mean = 1.49, SD = .62$)

จากผลการวิจัยโดยสรุป พบว่าคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่ของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลต่ำกว่า คะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการดูแลสูงกว่า คะแนนเฉลี่ยของความยากลำบากในการดูแล โดยศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคที่แตกต่างกัน เช่น มารดาบิดาที่ดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มสมรรถภาพการเปลี่ยนไต มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มารดาเด็กออทิสติก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน เป็นต้น (จริยา วิริยะสุกร, 2539; พารุณี เกตุกราย, 2550; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) ซึ่งการศึกษาข้างต้นนี้ได้ใช้เครื่องมือในการวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลเดียวกันกับศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีปัญหาในด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ทำให้มีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 98.9 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่มีทักษะเพียงพอในการจัดการกับการดูแล รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ประกอบกับอาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เปรียบเสมือนเด็กที่ต้องการในการดูแลพื้นฐานในชีวิตประจำวันในทุกๆด้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากน้อยแตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 แหล่งทักษะภายในตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแหล่งทักษะภายในตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม 159.76 คะแนน (Median = 159.00, SD = 7.98) แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของแหล่งทักษะภายในตนเองทั้ง 4 ด้านพบว่า ทักษะด้านการควบคุมตนเอง (Mean = 55.62, SD = 3.15) ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Mean = 51.71, SD = 2.73) ทักษะด้านความสามารถคอยผลตอบแทนผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้ (Mean = 16.70, SD = 2.56) ทักษะด้านการรับรู้สมรรถนะของในตนเอง (Mean = 35.71, SD = 3.17)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเองที่ผ่านมา ในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่ด้วยการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในบริบท คือ การศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทั้งบุคคลที่มีภาวะปกติ ตลอดถึงบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แหล่งทักษะภายในตนเองนั้นมีทั้งความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการเผาผลาญ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Huang, et al., 2007; Pairour, 2003)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งเต้านมที่มีอาการปวดเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองที่มีภาวะความเจ็บปวดเรื้อรัง (Kennett, 2008)

ในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Systemic lupus erythematosus) ก็พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเช่นกัน (Braden, Mcglone, & Pennington, 1993)

และในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองในด้านสุขภาพ (Zauszniewski, et al., 2001)

นอกจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นของ Panitrat (2001) ได้ศึกษาอิทธิพลของแหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมการใช้ยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาแอมเฟตามีน

หากพิจารณาคะแนนแหล่งทักษะภายในตนเอง จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูงนั้น อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ถึงร้อยละ 69.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6 Rosenbaum

(1983, 1990) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองเป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่รวมกันอย่างผสมผสาน เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ตลอดจนทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ โดยการลดหรือจัดความคิดความรู้สึกที่มารบกวนจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตน หรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Braden, 1990, 1993) ซึ่งในที่นี้บุคคล คือ ญาติผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะสามารถประยุกต์ความรู้ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ดีกว่า เพราะสามารถแสวงหาข้อมูลและเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พร้อมกับปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่กัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุปได้ว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือไม่เจ็บป่วยก็ตาม ถ้าบุคคลนั้นมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำ (Panitrat, 2000) โดยการเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามศักยภาพของตนหรือเพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้คือ พฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อยู่ระหว่าง 92 – 131 คะแนน (Mean = 115.48, SD = 9.13) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดี และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Mean = 52.94, SD = 5.14) และด้านจิตใจ (Mean = 62.54, SD = 5.19) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Yeatman และคณะ (1993) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

Tooth และ คณะ (2005) ที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 6 เดือนกับ 12 เดือน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ แย่ลง โดย 6 เดือน ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Mean = 47.9, SD = 10.6) และด้านจิตใจ (Mean = 48.7, SD = 10.1) และ 12 เดือน ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Mean = 47.2, SD = 9.4) และด้านจิตใจ (Mean = 47.8, SD = 10.9)

นภาพร ฤทธิวีรกุลและคณะ (2549) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพระหว่างการดูแล ร้อยละ 40 ปัญหาที่พบบ่อยคือ เครียด/วิตกกังวล ปวดหลัง ปวดไหล่ นอนไม่หลับ โรคกระเพาะอาหาร อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า เนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นพักผ่อน การรับประทานอาหาร เกิดความเครียดตลอดเวลา ส่งผลกระทบให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 81.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6 ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 69.3 ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีโอกาสหาสิ่งต่างๆ อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เช่น การศึกษาอ่านหนังสือ คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วยตนเอง การปรึกษากับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ถึงวิธีการจัดการกับอารมณ์ พฤติกรรมและการสื่อสารที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ และนอกจากนี้ปัจจุบัน มีการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงพอมีเวลา ในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองที่จำเป็นควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.473, p < .01$) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ภาระของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นั่นคือ ภาระของญาติผู้ดูแลมาก จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลยิ่งแย่ลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรณี จันทรอินทร์ (2547) ที่ศึกษาพบว่า จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัด หรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม

ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสม ในทุกๆด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง ดังนั้นภาระในการดูแล จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ของ นภาพร ฤทธิวีรกุลและคณะ (2549) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพก่อนการดูแล ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นระหว่างเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยภาวะเจ็บป่วยที่พบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้พบว่าความเครียดจากการดูแลและปัญหาการสื่อสาร สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งในส่วนของกาให้ดูแลผู้ป่วย บทบาทภายในครอบครัว และบทบาทจากการทำงาน ทำให้มีผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งด้านปริมาณการดูแล ความยากลำบากในการดูแล เช่น การระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การหลงทาง การต้องเผชิญและหาวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยต่างๆ อาทิเช่น รุนแรง ซ่อนสิ่งของ หางของ ตลอดจนปัญหาในการใช้ภาษาในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาในใช้ภาษา หลงลืม ถามซ้ำๆ สิ่งเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Gerdner et al, 2002; Riedijk, 2006; Rittman, 2009) เนื่องจากทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา หรือการพักผ่อน ส่งผลกระทบให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539)

ในทางกลับกัน หากญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เมื่อได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่ม จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่มีอยู่ยิ่งมากขึ้น เพราะนอกจากจะต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ความจำและพฤติกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาการสับสน หลงลืม ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องอดทนในการจัดการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ทำให้ยังไม่มีเวลาสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น โรคประจำตัวอยู่แล้ว อาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้นอีก ซึ่งก็จะส่งผลถึงศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (นภาพร ฤทธิวีรกุลและคณะ, 2549)

ความสัมพันธ์ดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อที่จะเตรียมความพร้อม ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและดูแลภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาระอันเกิดจากการ

ดูแลได้ และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน ตลอดจนการส่งเสริมและวางแผนให้ญาติผู้ดูแลได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สมมุติฐานข้อที่ 2 แหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .400, p < .01$) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น หมายถึง โดยผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ดีกว่าผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำ (Panitrat, 2007) กล่าวคือ เมื่อความรู้สึกเป็นภาระเกิดขึ้น เปรียบเสมือนเป็นสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แหล่งทักษะภายในตนเองจะถูกเรียกขึ้นมาใช้ โดยชุดทักษะของแหล่งทักษะภายในตนเองนี้ จะทำหน้าที่อย่างผสมผสานกันของทักษะ ได้แก่ การควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยแหล่งทักษะภายในตนเองนั้น จะทำงานผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อกระตุ้นให้บุคคล มีพฤติกรรม การควบคุมตนเอง อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยในที่นี้คือ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ตนเองมีหรือคงภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สรุปได้ว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำ (Panitrat, 2000)

ในทางกลับกัน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี ย่อมส่งผลถึงแหล่งทักษะภายในตนด้วย เนื่องจาก แหล่งทักษะภายในตนเองประกอบไปด้วยทักษะที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ และสะสมมาจากระบบการรับรู้ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการทำงานที่บุคคลตั้งใจกระทำ ไม่ใช่เกิดขึ้นเองโดยผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเองและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลมีไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ย่อมส่งผลถึงการรับรู้ เรียนรู้ จนทำให้ไม่สามารถประยุกต์ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้มาใช้แก้ปัญหา (Rosenbaum, 1983, 1990)

ความสัมพันธ์ดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการประเมินแหล่งทักษะภายในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง โดยให้ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแล จะช่วยจัดหรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ และปัญหาในด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะทางกาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นมีการรับรู้ภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น โดยมีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาทั้งวัน และตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีการเสื่อมถอยของความสามารถในการดูแลตนเองไปเรื่อยๆ ยิ่งนานเท่าไรภาระในการดูแลจะยิ่งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ หน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ เช่น ครอบครัวย หน้าที่การงาน และอายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สอดคล้องกับทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเองของ Rosenbaum (1983, 1990) ที่ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ ทำให้เกิดภาวะเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระ ระบบในร่างกายของบุคคลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้น จะก่อให้เกิดอันตรายหรือเข้ามาทำลายความผาสุกของชีวิตตนหรือไม่ ในที่นี้คือการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งถ้าหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นคุกคามชีวิตของตน และจะต้องจัดการกับเหตุการณ์นั้น แหล่งทักษะภายในตนเองของบุคคล จะถูกนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยผ่านการทำงานของชุดทักษะต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน ได้แก่ ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และสะสมมาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การทำงานของทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคคลตั้งใจกระทำมิใช่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเอง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเพื่อก่อให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเองของ Rosenbaum (1983; 1990) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 88 ราย ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 กำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
2. เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ พี่ น้อง บุตร โดยทางสายเลือด หรือตามกฎหมาย หลาน คู่สมรส สะใภ้หรือลูกเขย ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลและ/หรือผู้ป่วย แจ้งความประสงค์ ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ป่วยรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากมีอาการทางจิต หรือความผิดปกติจากโรคสมองเสื่อมที่เป็นมาก หรือ รบกวนความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ของญาติผู้ดูแล

เกณฑ์ยุติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัว หรือขอยุติการวิจัย
2. ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือวุ่นวายมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรคประจำตัว

1.2 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อมูลเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัย ระยะเวลาที่ป่วย คะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ซึ่งมีนักจิตวิทยาของคลินิกเป็นผู้ทดสอบ และผู้วิจัยโดยรวบรวมจากแฟ้มประวัติ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และคะแนนปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัดโดยใช้เครื่องมือดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Index) ประเมินโดยผู้วิจัย คะแนนเต็ม 20 คะแนน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นคำถามปลายปิด

2. แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden) ของ Oberst (1991) ฉบับแปลและเรียบเรียงโดย รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดภาระของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ .90 และจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .92

3. แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule) ของ Rosenbaum (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ (2544) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดภาระของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ .85 และจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .75

4. แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey) แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ของ นภาพร ฤทธิวีรกุล (2548) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดภาระของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ .86 และจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .88

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมการทำการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้ง

ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ที่คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ เวลา 16.00–20.00 น. และทุกวันเสาร์ เวลา 08.00–12.00 น. และที่คลินิกผู้สูงอายุ ทุกวันอังคาร เวลา 08.00–12.00 น. และทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00–16.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยและญาติจะเข้าพบแพทย์ หรือหลังจากเข้าพบแพทย์ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 16.0 for Window สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 28-82 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 69.3 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาก็คือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 20,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.3 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรสาวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาก็คือ บุตรชาย คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 81.8 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.7 และเมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 88 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 80.0 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 58-94 ปี โรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ โรคสมองเสื่อม (Dementia) คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาก็คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 8.0 ตามลำดับระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.0 ทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (TMSE) คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.8 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 73.9

3. ภาระของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 36.12, SD = 7.18) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลสูงสุด ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป (Mean = 16.89, SD = 3.70) และด้านที่มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Mean = 8.76, SD = 2.08)

4. แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง (Mean = 159.76, SD = 7.98) และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการควบคุมตนเองมากที่สุด (Mean = 55.62, SD = 3.16) รองลงมาคือทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน (Mean = 51.71, SD = 2.73) ทักษะการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Mean = 35.71, SD = 3.17) และความสามารถรอคอยผลตอบแทนผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้ (Mean = 16.70, SD = 2.56)

5. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี (Mean = 115.48, SD = 9.13) และเมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า ด้านร่างกาย (Mean = 52.94, SD = 5.14) ด้านจิตใจ (Mean = 62.54, SD = 5.19)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.473, p < .01$) และแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .400, p < .01$) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลในการคัดเลือกเข้าศึกษา ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในบริบทอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. เนื่องจากแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่สูง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี เช่น การจัดอบรมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงภาระการดูแล และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยในระยะเริ่มต้นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ โดยมีลักษณะฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละระยะมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์แหล่งทักษะภายในตนเองกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแล
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงทดลอง โดยสร้างโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อลดภาระของญาติผู้ดูแล และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม โดยเน้นการส่งเสริมแหล่งทักษะภายในตนเองให้มีประสิทธิภาพ



ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVER BURDEN, LEARNED RESOURCEFULNESS AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

ปิติพร สิริทิพากร 5236492 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, Ph.D. (NEUROSCIENCES),
วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING), วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, (M.D.)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

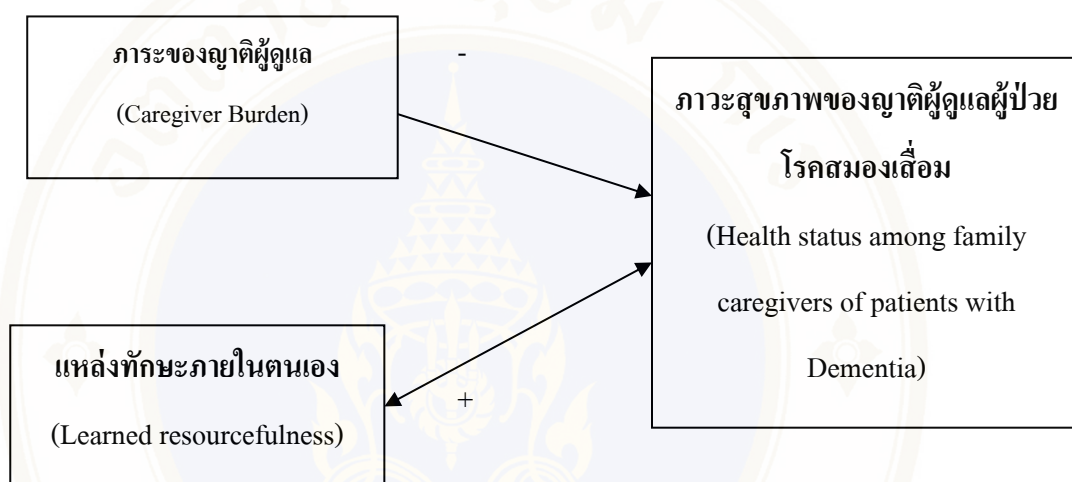
สถานการณ์ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ที่ทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น จำนวนประชากรของผู้สูงอายุ จึงเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งคาดว่าในปี 2563 หรืออีก 10 ปี ข้างหน้าจะมีประชากรสูงอายุจำนวน 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2546) แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถยืดอายุให้อื่นยาวออกไปได้ แต่ร่างกายก็ต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยต่างๆ โดยเฉพาะความเสื่อมของสมอง โรคสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุ และเป็นคำที่เรียกใช้กลุ่มอาการต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง อาการที่พบได้บ่อย คือ ในด้านที่เกี่ยวกับความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วยได้ เช่น หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา หรือเมินเฉย เป็นต้น การเสื่อมของสมองนี้ จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องเรื่อยๆ ซึ่งในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านอาชีพการงาน และชีวิตส่วนตัว โรคสมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติของคนที่มีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุอาจมีอาการหลงๆ ลืมๆ ได้ แต่อาการหลงลืมในโรคสมองเสื่อมนั้น จะมีลักษณะที่แตกต่างออกไปคือ อาการไม่เพียงแต่จำรายละเอียดของ

เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เท่านั้น แต่จะจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย รวมทั้งสิ่งที่ตัวเองกระทำเองลงไปด้วย และถ้าเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ความสามารถของสมองด้านต่างๆ ก็จะเสื่อมลงไปด้วย ทั้งเรื่องการรับรู้ การใช้เหตุผล จินตนาการ ความคิดอ่าน และความสามารถในการตัดสินใจ ก็ลดน้อยถอยลงด้วย ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเหล่านี้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลต่อเนื่องตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552)

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนาน และเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหลากหลายแตกต่างกัน จนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการของโรคทางจิตได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญ ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤต (พารุณี เกตุกราย, 2550) สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้ จะต่างจากการดูแลตามปกติ เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความจำเป็น ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร, และภัทร ขำวิธา, 2539) การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย เนื่องจากการดูแลที่ใช้เวลามากและซับซ้อน จากสถิติพบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 15 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่านั้น และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนานตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาระการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (สุรภิญ ชนะพิศ, 2552)

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) Rosenbaum (1983; 1990) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด บุคคลจะดึงชุดทักษะที่เรียกว่า แหล่งทักษะภายในตนเอง มาใช้ในการจัดการกับความเครียด ความรู้สึถูกคุกคาม โดยชุดทักษะเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเอง เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายในเชิงสร้างสรรค์ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา หรือมีการดูแลตนเองและในที่สุดบุคคลจะสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลหรือสภาวะ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosenbaum, 1983; 1990) แหล่งทักษะภายในตนเอง ประกอบด้วย 3 ทักษะได้แก่ ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน เพื่อควบคุมตนเองและนำไปซึ่ง

การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ดังนั้นการที่บุคคลในครอบครัว จะต้องรับบทบาทเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และบุคคลนั้นประเมินสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่า เป็นภาระในการดูแลที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นภาระที่ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญ กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทชีวิต คือต้องรับรู้และตอบสนองในการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองมี สุขภาพภาวะที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นแผนภูมิดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีเป้าหมายในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง โดยให้ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยขจัด หรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ ปัญหาในด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

นิยามตัวแปร

ญาติผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย อาศัยภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน (Etters, Goodall, & Harrison, 2008)

ภาระของญาติผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการช่วยเหลือ หรือทำกิจกรรมการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การทำงานบ้าน การทำธุระนอกบ้านและการบริหารจัดการด้านการเงิน ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของ Oberst (Caregiving Burden Scale) (Oberst, 1991) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) โดยคะแนนยิ่งมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลมาก

แหล่งทักษะภายในตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ ผ่านสถานการณ์ ประสบการณ์หรือการสอนที่ได้รับ จนกระทั่งเกิดความถนัด หรือศักยภาพในการปฏิบัติสิ่งนั้นๆ วัดในตัวบุคคลนั้นด้วยแบบวัดความเชื่อในการควบคุมตนเอง (Self control Schedule) ซึ่งสร้างและพัฒนาแบบวัดโดย Rosenbaum (1980) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์ (2001)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง สุขภาวะของญาติผู้ดูแลที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ปราศจากโรคและความพิการ โดยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถประเมินได้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey: SF-36) สร้างโดย Ware & Sherbourne (1992) แปลโดย วชิร เลอमानกุล, และปาริณย์ มีแต้ม (2543)

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาคลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาคลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
2. เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ พี่ น้อง บุตร โดยทางสายเลือด หรือตามกฎหมาย หลาน คู่สมรส สะใภ้หรือลูกเขย ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือนและให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลและ/หรือผู้ป่วย แรงความประสงค์ ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ป่วยรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากมีอาการทางจิต หรือความผิดปกติจากโรคสมองเสื่อมที่เป็นมาก หรือ รบกวนความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ของญาติผู้ดูแล

โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแล 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 88 ราย

เกณฑ์การยุติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัว หรือขอยุติการวิจัย
2. ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือวุ่นวายมาก

สถานที่เก็บข้อมูล

แหล่งที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ

คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ ให้บริการตรวจโรค ทุกวันจันทร์ เวลา 16.00 – 20.00 น. และทุกวันเสาร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา 20 - 30 รายต่อวันต่อคลินิก

คลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจโรค ทุกวันอังคาร เวลา 08.00 – 12.00 น. และทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 16.00 น. ดึงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา 60 - 80 รายต่อวันต่อคลินิก

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาดังกล่าวของแต่ละคลินิก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อวัน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรคประจำตัว

1.2 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อมูลเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัย ระยะเวลาที่ป่วย คะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) ซึ่งมี นักจิตวิทยาของคลินิกเป็นผู้ทดสอบ และผู้วิจัยโดยรวบรวมจากแฟ้มประวัติ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และคะแนนปฏิบัติการจิตประจำวัน วัดโดยใช้เครื่องมือดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Index) ประเมินโดยผู้วิจัย คะแนนเต็ม 20 คะแนน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นคำถามปลายปิด

2. แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden Scale)

สร้างโดย Oberst (1991) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการของลาซารัสและโฟลแมน ในปีค.ศ. 1989

ในประเทศไทย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) และ รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ได้ แปลและดัดแปลงแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) ให้เหมาะสมกับคนไทย โดยศึกษาเฉพาะ ในส่วนของความต้องการการดูแลหรือ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) ประกอบด้วยความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความ ยากลำบากในการดูแลมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพโดยตรง 3 ข้อ ด้านการดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ ด้านการดูแลทั่วไป 8 ข้อ สำหรับเครื่องมือ แบบวัดภาระของญาติผู้ดูแลในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.92

3. แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self Control Schedule)

แปลและเรียบเรียงจากแบบวัดความเชื่อในการควบคุมตนเอง Self Control Schedule ของ Rosenbaum (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์ (2544) วัดอุปสรรคในการ พัฒนาเครื่องมือชุดนี้ก็เพื่อใช้ในการประเมินทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางารรู้คิด โดยเป็น แบบวัดแบบให้รายงานตนเอง ที่มีลักษณะการประเมินแนวโน้มของแต่ละบุคคลในการประยุกต์ วิธีการควบคุมตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของตน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดย แบ่งเป็นการวัดแหล่งทักษะภายในตนเองเพื่อควบคุมตนเอง 4 ด้านดังนี้ ทักษะการควบคุมตนเอง จำนวน 12 ข้อ ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอนจำนวน 11 ข้อ ทักษะความสามารถรอ คอยผลตอบแทนผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้ จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำนวน 9 ข้อ สำหรับเครื่องมือแบบวัดภาระของญาติผู้ดูแลในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟาเท่ากับ 0.75

4. แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36 Health Survey)

สร้างโดย Ware และ Sherbourne (1986, 1992) จากงานวิจัยคุณภาพที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐาน โดยมีผู้นำไปแปลและใช้ในประเทศต่างๆ มากกว่า 10 ประเทศ แบบสอบถามนี้สามารถวัดสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม (Social functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจิตเวช และวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทย โดย วชิร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2543) ต่อมา นภาพร ฤทธิวีระกุล (2548) ได้นำมาดัดแปลงและใช้วัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ คือ มิติ Physical functioning (10 ข้อ), Role limitations due to physical problem (4 ข้อ), Bodily pain (2 ข้อ), General health perceptions (5 ข้อ), Social functioning (2 ข้อ), Vitality (4 ข้อ), Role limitations due to emotional problem (3 ข้อ), General mental health (5 ข้อ), และ Reported health transition 1 ข้อ รวม 36 ข้อ สำหรับเครื่องมือแบบวัดภาวะของญาติผู้ดูแลในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับค่า 0.88

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) โดยค่าคะแนนของ CVI ของแบบวัด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden) แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule) และแบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00, 0.92, 0.98 และ 1.00 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไข ให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ทั้งหมด ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจรักษา คลินิกโรคผู้สูงอายุ คลินิกระบบสมองประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ดิถีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหา ของ

ข้อคำถามแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมจรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ทำการชี้แจงด้วยวาจา ด้วยตนเอง ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แต่ผู้วิจัยจะใส่หมายเลขที่แบบสอบถามแทน เพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ ในการวิจัยและขอเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุมัติเข้าพบหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดวัน เวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามตารางการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลต่างๆเหล่านี้แล้ว ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บอกคำตอบ และผู้วิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden) แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule) และแบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36 Health Survey)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูล แหล่งทักษะภายในตนเอง ภาระของญาติผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการคำนวณหาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของข้อมูล

3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปร ภาระของญาติผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผลการวิจัย

ลักษณะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 28-82 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 69.3 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 20,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.3 ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรสาวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาคือ บุตรชาย คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 81.8 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.7 และเมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6

ลักษณะของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 88 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 80.0 ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 58-94 ปี โรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ โรคสมองเสื่อม (Dementia) คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 8.0 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.0 ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.8 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 73.9

ภาระของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 36.12, SD = 7.18) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลสูงสุด ทั้งการใช้เวลาและความยากลำบาก ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป (Mean = 16.89, SD = 3.70 และ Mean = 16.82, SD = 4.13 ตามลำดับ) และด้านที่มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด ทั้งการใช้เวลาและความยากลำบาก ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Mean = 8.76, SD = 2.08 และ Mean = 8.71, SD = 2.47 ตามลำดับ)

แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของแหล่งทักษะภายในตนเอง อยู่ระหว่าง 142 – 178 คะแนน ค่ามัธยฐาน 159.0 คะแนน (Mean = 159.76, SD = 7.98) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการควบคุมตนเองมากที่สุด (Mean = 56.0, SD = 3.16)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อยู่ระหว่าง 92 – 131 คะแนน (Mean = 115.48, SD = 9.13) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดี และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Mean = 52.94, SD = 5.14) และด้านจิตใจ (Mean = 62.54, SD = 5.19)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.473, p < .01$) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

ภาระของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นั่นคือ ภาระของผู้ดูแลมาก จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลยิ่งแย่ลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรณี จันทรอินทร์ (2547) ที่ศึกษาพบว่า จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัด หรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสม ในทุกๆด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง ดังนั้นภาระในการดูแล จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ของ นภาพร ฤทธิวีรกุลและคณะ (2549) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพก่อนการดูแล ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นระหว่างเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยภาวะเจ็บป่วยที่พบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้พบว่าความเครียดจาก

การดูแลและปัญหาการสื่อสาร สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งในส่วนของ การให้ดูแลผู้ป่วย บทบาทภายในครอบครัว และบทบาทจากการทำงาน ทำให้มีผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งด้านปริมาณการดูแล ความยากลำบากในการดูแล เช่น การระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การหลงทาง การต้องเผชิญและหาวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยต่างๆ อาทิเช่น รุนแรง ซ่อนสิ่งของ หางของ ตลอดจนปัญหาในการใช้ภาษาในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาในการใช้ภาษา หลงลืม ถามซ้ำๆ สิ่งเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Gerdner et al, 2002; Riedijk, 2006; Rittman, 2009) เนื่องจากทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา หรือการพักผ่อน ส่งผลกระทบให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539)

ในทางกลับกัน หากญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เมื่อได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่ม จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่มีอยู่ยิ่งมากขึ้น เพราะนอกจากจะต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ความจำและพฤติกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาการสับสน หลงลืม ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องอดทนในการจัดการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ทำให้ยังไม่มีเวลาสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น โรคประจำตัวอยู่แล้ว อาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้นอีก ซึ่งก็จะส่งผลถึงศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ความสัมพันธ์ดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อที่จะเตรียมความพร้อม ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและดูแลภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาระอันเกิดจากการดูแลได้ และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน ตลอดจนการส่งเสริมและวางแผนให้ญาติผู้ดูแลได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สมมุติฐานข้อที่ 2 แหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .400, p < .01$) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น

แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นั้น หมายถึง โดยผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ดีกว่าผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำ (Panitrat, 2007) กล่าวคือ เมื่อความรู้สึกเป็นภาระเกิดขึ้น เปรียบเสมือนเป็นสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แหล่งทักษะภายในตนเองจะถูกเรียกขึ้นมาใช้ โดยชุดทักษะของแหล่งทักษะภายในตนเองนี้ จะทำหน้าที่อย่างผสมผสานกันของทักษะ ได้แก่ การควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยแหล่งทักษะภายในตนเองนั้น จะทำงานผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อกระตุ้นให้บุคคล มีพฤติกรรม การควบคุมตนเอง อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยในที่นี้คือ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ตนเองมีหรือคงภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สรุปได้ว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่ต่ำ (Panitrat, 2000)

ในทางกลับกัน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี ย่อมส่งผลถึงแหล่งทักษะภายในตนด้วย เนื่องจาก แหล่งทักษะภายในตนเองประกอบไปด้วยทักษะที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ และสะสมมาจากประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการทำงานที่บุคคลตั้งใจกระทำ ไม่ใช่เกิดขึ้นเองโดยผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเองและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลมีไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ย่อมส่งผลถึงการรับรู้ เรียนรู้ จนทำให้ไม่สามารถประยุกต์ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้มาใช้แก้ปัญหา

ความสัมพันธ์ดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการประเมินแหล่งทักษะภายในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับสูง โดยให้ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแล จะช่วยจัดหรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ และปัญหาในด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะทางกาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นมีการรับรู้ภาระในการ

ดูแลเพิ่มขึ้น โดยมีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาทั้งวัน และตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีการเสื่อมถอยของความสามารถในการดูแลตนเองไปเรื่อยๆ ยิ่งนานเท่าไรภาระในการดูแลจะยิ่งเพิ่มขึ้น จำนวนชั่วโมงในการดูแล นอกจากนี้ หน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ เช่น ครอบครัวย หน้าที่การงาน และอายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สอดคล้องกับทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเองของ Rosenbaum (1983, 1990) ที่ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ ทำให้เกิดภาวะเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระ ระบบในร่างกายของบุคคลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้น จะก่อให้เกิดอันตรายหรือเข้ามาทำลายความผาสุกของชีวิตตนหรือไม่ ในที่นี้คือการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งถ้าหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นคุกคามชีวิตของตน และจะต้องจัดการกับเหตุการณ์นั้น แหล่งทักษะภายในตนเองของบุคคล จะถูกนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยผ่านการทำงานของชุดทักษะต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ร่วมกันอย่างผสมผสาน ได้แก่ ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และสะสมมาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การทำงานของทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคคลตั้งใจกระทำมิใช่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ผ่านกระบวนการควบคุมการรู้คิด เพื่อที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมควบคุมตนเอง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

และจากการศึกษานี้แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีการประเมิน ภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไปพร้อมๆ กัน เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ หรือพัฒนาโปรแกรมในการสอน และ/หรือการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมแหล่งทักษะภายในตนเองให้กับญาติผู้ดูแลให้สูงขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลในการคัดเลือกเข้าศึกษา ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในบริบทอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. เนื่องจากแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับที่สูง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี เช่น การจัดอบรมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2. ควรมีการพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงภาระการดูแล และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากภาระของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในระยะเริ่มต้นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ โดยมีลักษณะฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละระยะมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์แหล่งทักษะภายในตนเองกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแล

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงทดลอง โดยสร้างโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อลดภาระของญาติผู้ดูแล และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม โดยเน้นการส่งเสริมแหล่งทักษะภายในตนเองให้มีประสิทธิภาพ

THE RELATIONSHIPS AMONG CAREGIVER BURDEN, LEARNED
RESOURCEFULNESS AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVERS OF
DEMENTIA PATIENTS

PITIPORN SIRITIPAKORN 5236492 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D.
(NEUROSCIENCES), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING),
WEERASAK MUANGPAISAN, (M.D.)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

The number of patients with dementia has been increasing nowadays due to changes in demographic structure and advances in medical technology, which contribute to increases in average age and number of elderly population. It is estimated that in the year 2020 there will be 10 million elderly people, or 14 per cent of the whole population (Health information System Development Office, 2003). Although advanced medical technology extends individuals' lifetime, human body inevitably deteriorates from aging especially in the functioning of brain. Consequently, dementia has become a common condition among elderly people. The word 'dementia' refers to a syndrome developed from the decline of brain function. Common symptoms of dementia usually relate to the decrease in cognitive abilities, reasoning, and learning. Patients with dementia may also have changes in their personality and emotion, thus they may present symptoms such as moodiness, apathy, or inertia. The decline of brain functions is progressive and will finally affect patients' daily life, either at home or at work. Dementia, however, is not a normal part of aging. Elderly people may be forgetful at times, but patients with dementia present distinctive symptoms in their loss

of memory. They do not only forget the details of recent events but the also forget the whole incident, including their own action. As the condition progresses, the brain function gradually declines along with the loss of various abilities including cognitive abilities, reasoning, imagining, thinking, and making a decision. Patients with dementia may lose their memories regarding how to get dressed or how to have a shower. They may also lose the ability to communicate with a complete sentence. Finally, these patients will become totally dependent on other people for the rest of their life (Chansirikarn, 2009).

Dementia is a progressive chronic condition of which the severity increases with aging. Patients with dementia have several symptoms which affect their social roles. In addition, these patients also present personality and emotional changes and may have psychotic symptoms. (Srisurapanich & Dissayawanich, 1996). Family caregivers, therefore, have a significant role in caring for patients with dementia who usually need in-home care because their conditions are not acute or critical (Katekrai, 2007). The caregiving responsibility often falls on family members such as spouse, sibling, children, relatives, or even closed friends. Caregiving for patients with dementia is different from general caregiving because the patients are unable to care for themselves in every aspect – physical, psychological, emotional, social, and financial (Kasemkijwattana et al., 1996). It is a common significant issue among caregivers because caregiving for patients with dementia is complicated and requires a lot of time. There was report that caregivers spent at least 15 hours a day in caring for patients with dementia. Furthermore, the caregiving is continuous and long-term, possibly 8 – 10 years, as patients with dementia tend to be dependent on other people for the rest of their life. Caregivers of patients with dementia, therefore, have to adjust their lifestyle and prepare to care for the patients. Thus they have perceptions of caregiver burden which has physical and psychological impacts on the caregivers (Chanapit, 2009).

This study was based on Rosenbaum's learned resourcefulness theory (Rosenbaum, 1983; 1990). According to Rosenbaum, individuals under stress will use learned resourcefulness to cope with the stressors. Learned resourcefulness induces self-control behavior and target behavior such as one's compliance with treatment plan or performance of self-care activities. Such target behavior will lead to well-being or

good health status and better quality of life (Rosenbaum, 1983; 1990). Learned resourcefulness consists of three components comprising self-control skill, problem-solving skill, and self-efficacy. These components are integrated to induce self-control behavior and, eventually, target behavior. When family members recognize their role as caregivers of patients with dementia and are aware of the impact of caregiver burden on their daily living, they are confronted with significant changes in their lifestyle. In response to this perception, the caregivers will conduct self-care activities to maintain their health status, normal living, and abilities so that they can provide effective care to patients with dementia.

The conceptual framework is illustrated in the diagram below.

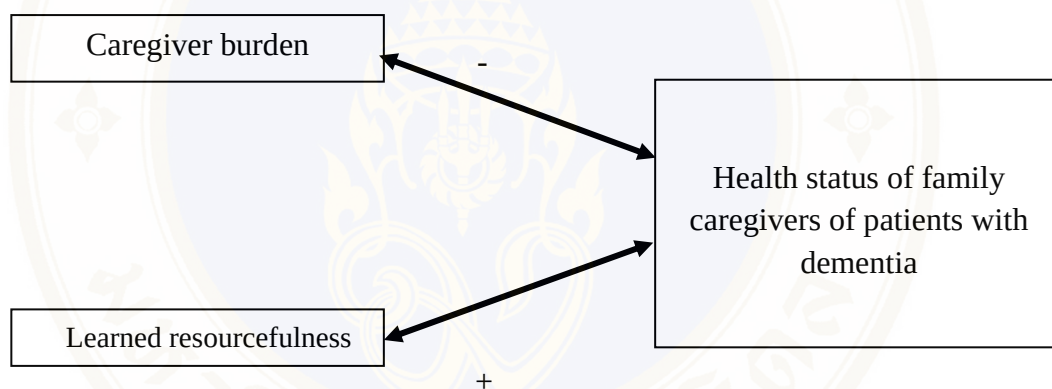


Diagram 1 Conceptual framework of the study

The purpose of this study was to gain knowledge and understanding about the relationship of caregiver burden, learned resourcefulness, and health status of family caregivers of patients with dementia. The results could be used as background knowledge for health professionals and family caregivers in the development of a care plan for patients with dementia. It was expected that family caregivers would have a higher level of learned resourcefulness after receiving information and advice about caring for patients with dementia and they would be able to appropriately adjust to the situations. Moreover, the caregivers' self care behavior would be promoted, leading to reduced stress and alleviated sense of physical and mental burden. Eventually, the caregivers would be able to provide effective care and maintain the well-being and quality of life of patients with dementia.

Research Objectives

1. To investigate caregiver burden, learned resourcefulness and health status of family caregivers of patients with dementia.
2. To examine the relationship between caregiver burden and health status of caregivers of patients with dementia.
3. To examine the relationship between learned resourcefulness and health status of family caregivers of patients with dementia.

Research Hypotheses

1. Caregiver burden has a negative relationship with health status of family caregivers of patients with dementia.
2. Learned resourcefulness has a positive relationship with health status of family caregivers of patients with dementia.

Definition of terms

Family caregivers refer to family members who were closely related to patients with dementia, such as parents, spouse, siblings, children, or other relatives and lived in same house as the patients. These family members were responsible in caring for the patients without receiving any payment. Family caregivers spent at least eight hours a day to provide regular and continuous care to patients with dementia unless one month. (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Caregiver burden refers to the perception of family caregiver regarding the amount of time, difficulties, and activities provided to the caring for patients with dementia in response to their physical, psychological, emotional, and social needs. The caregiving activities included monitoring symptoms, dealing with behavioral disturbances, household tasks, general daily affairs, and financial management.

Learned resourcefulness Rosenbaum (1990) refers to a set of skills that family caregivers used to cope with stress or tension so that they could reduce or eliminate the stressors from caring patients with dementia. The three components of

learned resourcefulness are self-control skill, problem-solving skill, and self-efficacy. Family caregivers developed and learned to use these skills from model situations and previous experiences, as well as formal and informal learning. Then, they could apply these skills to cope with problems in real-life situations.

Health status of family caregivers of patients with dementia refers to health behavior of family caregivers of patients with dementia that resulted the physical, psychological, social, and intellectual well-being of caregivers, in addition to the absence of illness and disabilities.

Research Methodology

Population and sample of the study

The population were composed of male and female family caregivers of patients with dementia who took the patients to receive medical care at the geriatric clinic, and adult neurology clinic of the Outpatient Department at Siriraj Hospital.

The sample were composed of male and female family caregivers of patients with dementia who took the patients to receive medical care at the geriatric clinic, and adult neurology clinic of the Outpatient Department at Siriraj Hospital. Data were collected from 88 caregivers on the basis that one caregiver cared for one patient.

The inclusion criteria were listed below.

1. The caregivers were older than 18 years and were able to give information by themselves.
2. The caregivers were blood relatives, such as siblings or offspring, or they might be legally related to the patients, either spouse, grandchildren, or in-laws. They lived in the same household as the patients and had been providing care to the patients continuously for at least 8 hours daily and over a period of one month or more. These family caregivers did not receive wages in return for their caregiving.
3. The subjects were able to communicate in Thai language and did not have hearing or visual impairment.

Exclusion criteria for the study were the following:

1. The caregivers and/ or the patients refused to participate in the study.
2. The patients did not cooperate because of psychotic symptoms or brain dysfunction from advanced dementia. The patients' behavior might disrupt the interview with caregivers.

Criteria for discontinuation of the study

1. The subjects withdrew from the study or asked for discontinuation of the study.
2. The patients had psychotic symptoms or were very restless during the interview.

Research Setting

The study was carried out at the Outpatient Department of Siriraj Hospital as detailed below:

1. Adult Neurology Clinic. The clinic is open every Monday from 04.00 – 08.00 pm. and Saturday from 8.00 – 12.00 am.
2. Geriatric Clinic opens every Tuesday at 8.00 – 12.00 am and Thursday at 01.00 - 04.00 pm.

Each clinic provides health services to approximately 60 – 80 patients daily.

The research data were collected during the working hours of both clinics from May to August 2011.

Research instrument

The research instrument were composed of 4 questionnaires, as listed below.

1. Personal information questionnaire.

This questionnaire was divided into two parts for collecting data about caregivers and patients.

1.1 Family caregivers. The questionnaire in this section asked for information about gender, age, marital status, religion, occupation, family income, financial problems, relation to the patients, daily average hour spent on caring for the patients, experience in caring for patients with dementia, available assistant, and underlying illness.

1.2 Patients with dementia. This section collected patients' information concerning gender, age, diagnosis, duration of illness, Thai Mental State Examination (TMSE), Bartel index for the assessment of activities of daily living (Bartel ADL index), and behavioral disturbances. These data were obtained from patients' medical record in addition to an interview with family caregivers.

2. The Caregiving Burden Scale (CBS)

This questionnaire was developed by Oberst (1991) from the assessment of overall needs of individuals who were totally dependent on other people. It was used to measure the caregiving burden of a family of which a member had chronic illness and required long-term care at home. The CBS was based on the stress management theory proposed by Lazaus and Folkman in 1989.

Saipin Kasemkijwattana (1993) and Rossalin Iamyinpanich (1996) translated and modified Oberst's CBS so that it was suitable for using with Thai people. The translated version focused on caregiving demands and the amount of time needed for caring. Oberst's CBS (1991) investigated caregiving demands, amount of time required for caring, and difficulties. The questionnaire was composed of 15 questions, divided into three categories: health care (3 questions), interpersonal care (4 questions), and general care (8 questions). For this study, the measurement of Cronbach's alpha coefficient of the CBS resulted in 0.92.

3. Self Control Schedule (SCS)

This questionnaire was translated from Rosenbaum's Self-control schedule (SCS) by Rungnapa Panittarat (2001). The questionnaire was developed for the assessment of behavior skill and cognitive skill. It is a self-report measurement assessing individuals' tendency to use self-control skill in coping with behavioral problems. The SCS was composed of 36 questions items for measuring four aspects of learned resourcefulness comprising self-control skills (12 items), problem-solving

skill (11 items), delay immediate gratification (4 items), and self-efficacy (9 items). The SCS used in this study had Cronbach's alpha coefficient of 0.75.

4. The Short Form 36 Health Survey (SF-36)

This questionnaire was developed by Ware and Sherbourne (1986, 1992) for a qualitative study on caregivers of elderly patients with chronic illness. It was tried out and accepted as a standard instrument. The SF-36 was translated and used in more than 10 countries. This questionnaire could assess physical health, mental health, and social functioning in general people as well as in people with illness such as patients with diabetes, post-operative patients, and psychotic patients. It was also used to assess health status of family caregivers of patients with dementia.

Watchree Lermankul and Paranee Metaem developed a Thai version of SF-36 in the year 2000. The questionnaire was then adapted by Napaporn Rittheeverakul (2005) and was used to assess health status of family caregivers of patients with dementia. This questionnaire was composed of 36 questions divided into 8 categories: physical functioning (10 questions), role limitations due to physical problems (4 questions), bodily pain (2 questions), general health perceptions (5 questions), social functioning (2), vitality (4), role limitations due to emotional problems (3), general mental health (5), and reported health transition (1). The SF-36 for this study had Cronbach's alpha coefficient of 0.88.

Validity and reliability of the instrument

The content validity of the instrument was examined with content validity index (Waltz, Strickland, & Lens, 1991) by a group of 5 experts. The result showed that the content validity index (CVI) of the personal information questionnaire was at 1.00. For the Caregiving Burden Scale (CBS), the Self Control Schedule (SCS), and the Short Form 36-Health Survey (SF-36) the CVI were 0.92, 0.98, and 1.00, respectively. The questionnaire was then amended and adjusted to improve the content validity and to ensure clarification and appropriateness of the language in accordance with the advice from the expert committee. The approved questionnaire was then used to collect data.

For the measurement of reliability, the amended instrument was tried out with 30 family caregivers of patients with dementia who received medical care at the Geriatrics Clinic and Adult Neurology Clinic at the Outpatient Department of Siriraj Hospital. These caregivers were not included in the sample of the study. The trial was conducted to examine common understanding of the content of each question. The reliability was measured with Cronbach' alpha coefficient and the results were 0.90, 0.85, and 0.86, respectively.

Protection of the Rights of Human Subjects.

Research ethic was constantly recognized throughout the study. The sample's rights were protected from the beginning of data collection until the presentation of results. The subjects received detailed information about the researcher, topic of the study, objectives of the study and expected benefits of the study. They were informed that their decision to participate, or not participate in the study, would not have any impact on the services they were receiving from the hospital thus they could decide to give or refuse consent independently. All information was confidential and the subjects' name or identity would not appear on the interview questionnaire as each questionnaire would be coded in numbers. The sample's letters of consent would be separated from the questionnaires so that they could not be matched. The researcher was the only person who could get access to the raw data of this study. The results would be presented as a general overview of information and would not present details of each individual subject during the discussion and in the distribution of research paper.

Collection of Data

This research was carried out in steps as detailed below.

1. The researcher requested a document from the Faculty of Nursing, Mahidol University to propose the research project to the Ethic Committee related to Human Experimentation, Faculty of Graduate Studies. A letter was also submitted to the Ethic Committee of Siriraj Hospital to ask for permission to collect data. When the

approval was granted, the researcher submitted an introduction letter from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University to the Director of Siriraj Hospital. The letter also included objectives of the study and a request for data collection.

2. The researcher submitted the letter of approval and introduced herself to the Head of Preventive and Social Medicine Department, the Head of Nursing Department, and the head nurse of Outpatient Department, Siriraj Hospital to inform them about the objectives and details of the study. She also made a request for cooperation in the collection of data.

3. Data were collected at each study site at the days and times corresponding to the service hours of the clinics.

4. The researcher introduced herself to the subjects whose characteristics met the inclusion criteria. The subjects then received information about the objectives of the study, research methodology, possible risks, and expected benefits. They were asked to participate in the study and were informed about the protection of their rights. After receiving all information, the subjects who were willing to participate in the study would be asked to sign a consent form.

5. The researcher read questions from 4 questionnaires and wrote the subjects' answers on the questionnaires. The research instrument was composed of four questionnaires, comprising personal information questionnaire, the Caregiving Burden questionnaire (CBS), the Self Control Schedule (SCS), and the Short Form 36-Health Survey (SF-36).

Analysis of Data

The collected data were analyzed with standard statistical methods, as follows:

1. Demographic data of family caregivers and patients with dementia were analyzed with descriptive statistics including frequency, percentage, and standard deviation.

2. Data on learned resourcefulness, caregiver burden, and health status of family caregivers of patients with dementia were calculated for ranges, means, and standard deviations.

3. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was calculated to find the relationship of caregiver burden and learned resourcefulness with the health status of family caregivers of patients with dementia.

Research Findings

Demographic characteristics of family caregivers of patients with dementia

The sample was composed of 88 family caregivers of patients with dementia. Most caregivers were female (60 out of 88 or 68.2%). The average age of caregivers was 51.17 years, within the age range from 28 to 82. The majority of the sample were single and more than half were Buddhist (54.5%). There were caregivers educated at Bachelor's degree level or higher at the highest percentage (69.3%). For occupation, most caregivers worked for the government or semi-government organizations (46.6%), followed by resigning from work to care for the patients (25.0%). The average family income was mostly in the range of 20000 – 30000 baht at the percentage of 47.7. A very high percentage of caregivers reported no problem concerning cost of caring for patients with dementia (94.3%). For their relationship with the patients, the highest percentage of caregivers were patients' daughters (58.0%), followed by their sons (26.1%). Most caregivers did not have previous experience of caring for patients with dementia (97.7%). The family caregivers' health status was good and most of them did not have any underlying illness (76.1%).

Demographic characteristics of patients with dementia

The personal data of 88 patients with dementia were collected from medical record and from the interview with their family caregivers. Among these patients, 60 were female (68.2%). The average age was 80.0 years, within the range between 58 and 94 years. The most common diagnosis was dementia (67.0%), followed by Alzheimer's disease and vascular dementia at the percentage of 25.0 and 8.0, respectively. Most patients had dementia for 2 years at 33.0 per cent. The TMSE results were mostly in the range of 16 – 20 (26.1%). The highest result of Barthel ADL index was mostly in the range of > 12 (47.8%), reflecting that most patients

with dementia in this study were able to help themselves. In addition, a high percentage of the patients (73.9%) have behavioral problems.

Caregiver Burden

It was found that the sample expressed low level of perceived burden (mean = 36.12, SD = 7.18). For each category of caregiver burden, the highest average score was found in general care (Mean = 16.89, SD = 3.70) and the lowest burden score was found in health care (Mean = 8.71, SD = 2.47).

Learned Resourcefulness

The data revealed a high level of learned resourcefulness (Mean = 159.76, SD = 7.98). For each component of learned resourcefulness, the sample presented self-control skill at the highest level (Mean = 55.62, SD = 3.16), followed by problem-solving skill (Mean = 51.71, SD = 2.73), self-efficacy (Mean = 35.71, SD = 3.17), and delay immediate gratification (Mean = 16.70, SD = 2.56).

Health status of family caregivers of patients with dementia

The results showed good health status among the sample (Mean = 115.48, SD = 8.92). The score of physical health was slightly higher than that of mental health (Mean = 52.94, SD = 5.14 compared to Mean = 62.54, SD = 5.19, respectively).

Relationships of the variables

Relationships of the variables in this study were discussed below.

Hypothesis 1 Caregiver burden had a negative relationship with health status of family caregivers of patients with dementia.

The analysis of data showed a negative relationship between caregiver burden and the health status of family caregivers of patients with dementia at a statistically significant level ($r = -.473$, $p < .01$). This finding supported the research hypothesis.

A negative relationship between caregiver burden and health status of family caregivers of patients with dementia mean that higher levels of caregiver burden lead to lower levels of caregivers' health status. This was probably because

family caregivers had more roles and responsibilities when they cared for patients with dementia. Their daily living changed and they had to perform various roles within a limited amount of time. The caregivers might not be able to function up to their own or to other people's expectations. As a result, they might experience increased tension from all aspects of their life – psychosocial, physical, financial, family system. They would become stressed and weary, followed by the sense of being a burden to other people. These problems might contribute to decreased health status and decline in self-care among family caregivers. This was consistent with previous studies which found that caregiver burden had effects on caregivers' health status (Ritteewareekul et al., 2006; Chanin, 2004). Most caregivers reported that they did not have health problems before but started having illness after taking the role of caregivers. Common health problems found among caregivers included stress, anxiety, and body aches. This is in accordance with a study conducted by Parunee Katekrai (2007) which found that stress from caring for and communicating with patients could predict caregivers' health status. This was because family caregivers had to take several roles at the same time. They were not only caregivers of patients with dementia but they also had family and work roles. The role of caregivers affected other roles due to the amount of time required for caring and the difficulties; for instance, the possibilities that patients might have accidents or get lost. The caregivers might also experience patients' behavioral disturbances such as agitation, or finding and hiding things and they had to cope with these problems. Moreover, there were communication problems because of the loss of language abilities among patients with dementia who tended to ask questions repeatedly. These physical, psychological, and social problems impacted on caregivers' health status. A study conducted by Saipin and associates (1996) also revealed that family caregivers of patients with dementia did not have time to care for themselves either for having regular meal times or having enough rest, thus their body immune system became weakened.

Nurses and health professionals, therefore, should take this negative relationship between caregiver burden and health status into consideration. The caregivers' health status should be assessed in order to prepare them for the caregiving activities, as well as caring for their own health. In addition, caregiver burden may be reduced to increase caregivers' rest and relaxation time. Health professionals can also

promote caregivers' health status and make plans for them to have regular medical check up.

Hypothesis 2 Learned resourcefulness had a positive relationship with health status of family caregivers of patients with dementia.

The analysis of data revealed a positive relationship between learned resourcefulness and health status of caregivers of patients with dementia at a significant level ($r = .400$, $p < .01$). This finding supported the study hypothesis and was consistent with Rosenbaum's theory of learned resourcefulness (Rosenbaum, 1983; 1990). According to Rosenbaum, learned resourcefulness induces individuals' self-control behavior, leading to positive target behavior such as compliance with treatment or self care. As a consequence, the individuals will be able to maintain their well-being and quality of life. A number of Thai and foreign studies in both normal people and people with illness found that people who achieved high scores of learned resourcefulness were able to cope with or to manage stressful situations. Moreover, they were able to control themselves by eliminating or reducing the disturbing thought or feelings so that they could function their role to their potential. They also conducted health behavior that lead to better quality of life than people who achieved low scores of learned resourcefulness (Boonpongmanee, et al., 2003; Goff, 2011; Huang C.Y. et al., 2005; Huang C.Y. et al., 2007; Huang C.Y. et al., 2010; Kasornsri, et al., 2009; Kennett, 2008; Kreulen & Braden, 2004; Lucas, 2010; Pairour R., 2003; Pianchob S., 2005).

Referring to the above finding, it is recommended that nurses and health professionals should assess learned resourcefulness of caregivers of patients with dementia. They should promote learned resourcefulness among caregivers by providing information and suggestion about how to care for patients with dementia so that the caregivers can appropriately adjust to real-life situations. Health professionals should also promote health care behavior among the caregivers, as well as the patients, in order to eliminate or reduce the sense of being a burden. Other problems may also be lessened, especially physical problems, thus the caregivers can maintain their health status and their potential to care for patients with dementia effectively in the future.

In summary, the results of this study present the importance of family caregivers to the well-being of patients with dementia. Family caregivers of patients with dementia perceived the increased burden in their role. They had to provide constant care to the patients for the rest of their lives. Patients with dementia suffer from progressive loss of their self-care abilities and the caregiver burden increases as the patients get older. The amount of time required for the provision of care and other responsibilities regarding family and work, in addition to their own aging, have physical and mental impacts on the caregivers. Health status of caregivers is essential to enhance their abilities in caring for patients with dementia and learned resourcefulness has a positive relationship with health status; therefore, nurses and health professionals should assess caregiver burden, learned resourcefulness, and health status of caregivers at the same time. Then the guidelines for help or education program and/or advice on caring for patients with dementia may be developed to enhance family caregivers' learned resourcefulness. A program for promotion of self care for caregivers could be organized to promote health behavior, leading to caregivers' well-being in physical, psychological, and psychosocial aspects.

Research Limitations

The sample selective in this study employed a convenience sampling method, without random sampling. Moreover, the study was conducted at Siriraj Hospital, which is a tertiary hospital. Therefore, there may be limitations in the implication of results to other situations or in different contexts regarding family caregivers of patients with dementia.

Recommendations and implications of the study

For nursing practice

1. Referring to the results of this study, it is recommended that nurses should assess caregiver burden, learned resourcefulness and health status of family caregivers of patients with dementia in order to develop a plan for prevention and reduction of health risks, especially among the caregivers who already have an

underling illness. Nurses and other members of health team should also have a discussion about the means of assisting family caregivers. For instance, there may be an education program about caring for patients with dementia, a training program to enhance caring skill, or consultation services. Health professionals may also set up a support group that gives caregivers chances to express their feelings and ask questions. The group can also provide mental support and enhance caregivers' abilities in coping with problems in caring for patients with dementia. There should be a training or education program for either nurses or practitioners that provides basic knowledge about the importance of family system and holistic approach in caring for patients with dementia. Family caregivers are like a shadow attached to the patients thus an awareness of this problem will help nurses in promoting health behavior among caregivers so that they can maintain their physical, psychological, and psychosocial well-being. As a result, patients with dementia will receive quality and appropriate care because health status is a factor affecting one's potential and performance of caring activities.

2. A temporary nursing home for patients with dementia may be arranged or a nearby health center may be contacted to help caring for patients with dementia and decrease caregivers' workload and burden that restrain them from relaxing and participating in health promotion activities. Consequently, the caregivers of patients with dementia will have time for self care and relaxation. They will also be able to participate in the program that promotes knowledge and skills in caring for patients with dementia.

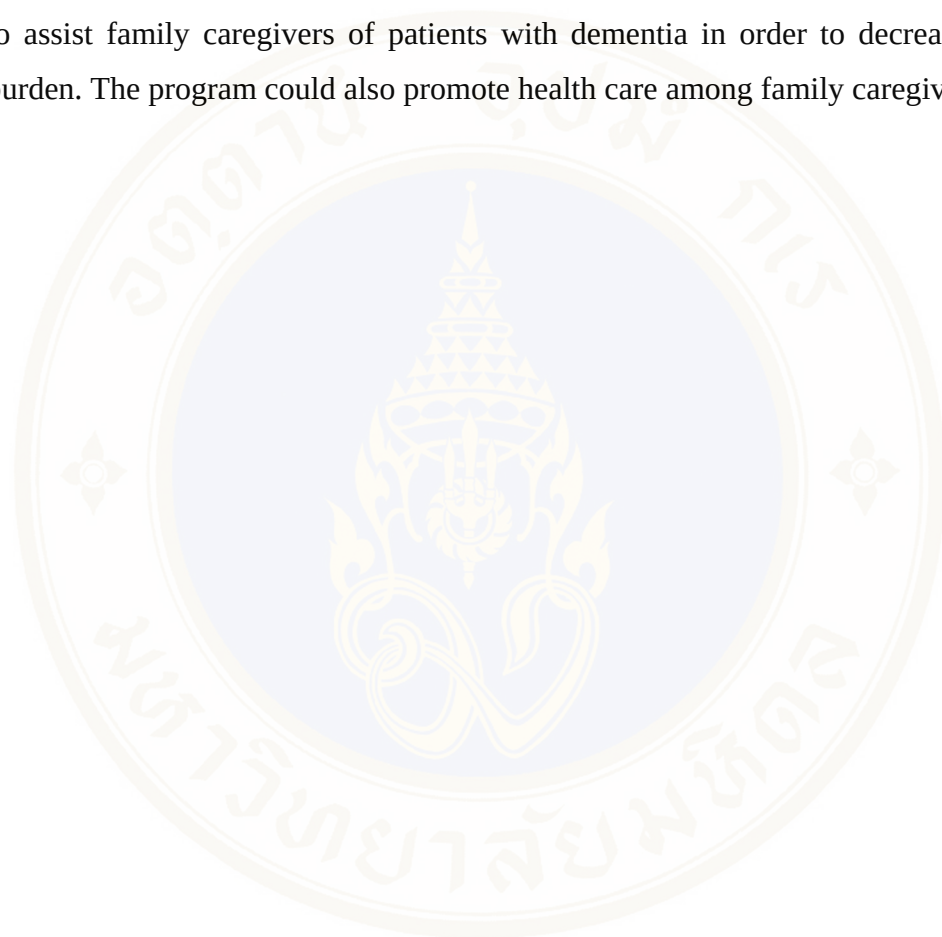
For further studies

This research is a preliminary study to study the relationships of caregiver burden, learned resourcefulness, and health status of family caregivers of patients with dementia. The recommendations for further studies are listed below.

1. Further studies should be used a random sampling technique to have sample with difference on social economic status of family caregivers of patients with dementia who care for patients, duration of caring dementia patients, knowledge about dementia, different stages of the illness. These studies will lead to better understanding about the caregivers' needs of help at different stages of dementia.

2. Further studies should be conducted to explore the relationships of learned resourcefulness with other variables such as severity of the disease, duration of illness, stress, social support and health status of family caregivers of patients with dementia.

3. An experimental research may be conducted by developing a program to assist family caregivers of patients with dementia in order to decrease caregiver burden. The program could also promote health care among family caregivers.



รายการอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว. การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 14(3), 385-399.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อมโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.
- จริยา วิฑะสุกร. (2539). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จอม สุวรรณโณ. (2541). แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-155.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2542). *การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมปัญหาและแนวทางการจัดการ*. เอกสารการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด. ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชนิตา มณีวรรณ, เมรัย สุจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ย์, และวรรณ นิลนักรา. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 43(4), 236-244.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพรรณ สิทธิสุนทร. (2543). *ทางเลือกของผู้ป่วย : รวมข้อคิดจากมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ เกษัชพยาบาล เพื่อการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย*. พิมพ์ลักษณะ กรุงเทพฯ : คปไฟ.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). *การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นภาพร ฤทธิ์วิรุณ. (2548). ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิลรัตน์ วัชรากิจาต. (2543). บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชนบทศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- พนัส ัญญะกิจไพศาล. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณี จันทรอินทร์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกร้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ดิโรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 2(1), 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 9(2), 109-110.
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รายงานสุขภาพ. (2546). สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, ค้นเมื่อ 28 เมษายน 2553, จาก http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report_download.php?download1=11&lesson1=15&lesson_id=247&zone=4&manu=1&page/
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ. (2545). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์การศึกษาสาเหตุ, วิธีวินิจฉัย, มาตรฐานการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สภาวิจัยแห่งชาติ.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2541). กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. ภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร เลอमानกุล, และปารณีย์ มีแต้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. ไทยเภสัชสาร, 24(2), 92-111.
- วันดี ไตสุขศรี. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล, 44(2), 88-92.
- วิรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร, และภัสพร จำเริญ. (2539). *แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(2), 76-89.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2552). *ยี่ดออายุสมอง*. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- สุชาติ โสมประยูร. (2543). *สุขภาพเพื่อชีวิต: โครงการวิชาบูรณาการหมวดศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, & ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤติกรรมวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรภิญ ชนะพิศ. (2552). *การพัฒนาโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *แผนแม่บทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*.
- อรพินท์ บุญนาค. (2543). *โรคสมองเสื่อมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คลับไฟ.
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2546). *เรียนอายุรศาสตร์จากกรณีผู้ป่วย 3*. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- Aiken, J. E., Wallander, J. L., Bell, D., & Cole, J. A. (1992). Daily stress variability learned resourcefulness regimen adherence and metabolic control in diabetes mellitus: Evaluation of a path model. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 60(1), 113-118.
- Andren, S., Elmsrahl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 435-446.

- Aranda, S. K., & Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced cancer: An Australian perspective. *Cancer Nursing*, 24(4), 300-307.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy : The Exercise of Control*. New York : W.H. Freeman and company.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1137-1148.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2008). Theoretical Substruction Illustrated by the Theory of Learned Resourcefulness. *An International Journal*, 22(3), 205-214.
- Boonpongmanee, C., Zauszniewski, J. A., & Morris, D. L. (2003). Resourcefulness and self care in prenat woman with HIV. *Western Journal of Nursing Research*, 25(1), 75-92.
- Braden, C. J. (1990). A test of the self help model: Learned response to chronic illness experience. *Nursing research*, 39(1), 42-47.
- Braden, C. J. (1993). Research program on learned response to chronic illness experience: self help model. *Holistic Nursing Practice*, 8(1), 38-44.
- Braden, C. J., Mcglone, K., & Pennington, F. (1993). Specific psychosocial and behavior outcome from the systemic lupus erythematosus self help course. *Health Education Quarterly*, 20(1), 29-41.
- Brown, P. L. (1991). The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease. *Home Health Care Nurse*, 9(3), 33-38.
- Burns, D., Rude, S. S., Simons A.D., Bates, M. A., & Thase, M. E. (1994). Does learned resourcefulness predict the response to Cognitive Behavioral Therapy for depression? *Cognitive Therapy and Research*, 18(3), 277-291.
- Campbell, J. (2009). A Model of Consequences of Dementia Caregivers' Stress Process: Influence on Behavioral Symptoms of Dementia and Caregivers' Behavior-Related Reactions. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(3), 181-202.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A., & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1341-1348.
- Chan, C. H., & Chang, A. M. (1999). Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22(4), 260-265.

- Conde-Sala, J.L., Garre-Olmo, J., Turro-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & Lopez-Pousa, S. (2010). Quality of Life of Patients with Alzheimer 's disease: Differantial Perceptions between Spouse and Adult Child Caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(2), 97-108.
- Croog, S.H., Burseson, J.A., Sudilovsky A., & Baume R.M. (2005). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10(2), 87-100.
- Daily mail reporter. (2010, December). Half of personal careers are 'made ill by their jobs'-Mail online health. Retrieved February, 2011, From <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1338532/Half-personal-carers-ill-jobs.html#ixzz1EbKA2BKl>.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2), 1-10.
- Dirksen, S. R. (2000). Predicting well being among breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 937-943.
- Donprapeng, B. (2006). *The relationships among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adults' caregivers*. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428.
- Evans, D. A., Funkenstein, H. H., Albert, M. S., Scherr, P. A., Cook, N. R., Chown, M. J., et al. (1989). Prevalence of Alzheimer's Disease in a Community Population of Older Persons. *JAMA*, 262(18), 2551-2556.
- Finkel, S. I. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia: A current focus for clinician, research and caregiver. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(21), 3-6.
- Flaskerud, J. H., Carter, P. A., & Lee, P. (2000). Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementia's, and advanced stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 4(36), 121-130.
- Gochman, D.S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.

- Goff, A. M. (2011). Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), art. No.1.
- Gonzalez, E. (1997). Resourcefulness, appraisals, and coping efforts of family caregivers. *Mental Health Nursing*, 18(3), 209-227.
- Hinds, C. (1990). Personal and contextual factors predicting patients's report quality of life: exploring congruency with Betty Newman's assumption. *Journal of Advanced Nursing*, 15(4), 456-462.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., Hasegawa, J., & Iguchi, A. (2008). Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. *Archives of Gerontology and Geriatric* 46(3), 367-374.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of Caregiving on Health and Quality of Life: A Comparative Population-Based Study of Caregivers for Elderly Persons and Non caregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(8), 873-879
- Hoffman, L. R., & Mitchell, M. A. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 33(4), 5-12.
- Horowitz, D. L. (1985). *Ethnic Groups in Conflict*: Berkeley, CA: University of California.
- Huang, C. Y., Guo, S. E., Hung C. M., Shih S. L., Lee L. C., Hung G. C., et al. (2010). Learned Resourcefulness, Quality of life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 280-287.
- Huang, C. Y., Perng, S. J., Chen, H. F., & Lai, C. Y. (2008). The Impact of Learned Resourcefulness on Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A Cross-Sectional Correlational Study. *Journal of Nursing Research*, 16(4), 264-274.
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Chen, H. F., Tu, S. Y., Chang, C. J., & Pan, I. J. (2007). Stressors, Depressive Symtoms, and Learned Resourcefulness Among Taiwanese Adults with Diabetes Mellitus. *An International Journal*, 21(2), 83-97.
- Hoffman, L. R., & Mitchell, M. A. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 33(4), 5-12.

- Jensen, S., & Given, B. A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing, 14*(4), 181-187.
- Kasornsri, S. (2006). The Relationships of Vision Disability and Learned Resourcefulness to Depressive Symptoms in Persons with Visual Impairment. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Kasornsri, S., Panitrat, R., Bamroongsuk, P. (2009). The Relationships of Vision Disability and Learned Resourcefulness to Depressive Symptoms in Persons with Visual Impairment. *Journal of Nursing Science, 27*(3), 65-71.
- Kawas, C., Gray, S., Brookmeyer, R., Fozard, J., & Zonderman, A. (2000). Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neurology, 54*(11), 2072-2077.
- Kennett, J. D., O'Hagan, F.T. & Cezer, D. (2008). Learned resourcefulness and the long-term benefits of a chronic pain management program. *Journal of Mixed Methods Research, 2*(4), 317-339.
- Kespichayawattana, J. (1999). Kantanyu katavedi and caregiving for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in Metropolitan Bangkok Thailand. *Journal of Thai Nursing Sciences, 11*(3), 51-64.
- Klainin, P. (2001). *Dissatisfaction with Family relationships, Learned Resourcefulness, and women's Health*. Doctor Philosophy, Case Western Reserve University.
- Klein, S. (1989). Caregiver burden and moral development. *Journal of Nursing Scholarship, 21*(2), 94-97.
- Kreulen, G. J., & Braden, C. J. (2004). Model test of the relationship between self help promotion nursing intervention and self care and health status outcome. *Research in Nursing & Health, 27*(2), 97-109.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*: New York: Springer.
- Lefort, S. M. (2000). A test of Braden's self help model in adults with chronic pain. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(2), 153-160.
- Lucas, D. D-M. (2010). Learned resourcefulness in working women who are poor and uninsured. *Ph.D., West Virginia University*.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*: New York: Harper & Row.

- Miller, B., & Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Research of Aging, 12*(1), 73-82.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S., et al. (2010). Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand: A Cross-Sectional Study. *J Med Assoc Thai, 93*(5), 601-607.
- Oberst, M.T. (1990). *Caregiving Burden Scale*. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison, Madison, WI.
- Oberst, M.T. (1991). *Appraisal of Caregiving Scale*. Unpublished manuscript.
- Oberst, M.T., Thomas S.E., Gass, K.A., & Ward S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nurs, 12*(4), 209-215.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of care giving: A detailed comparison between dementia and non dementia caregivers. *The Gerontologist, 39*(2), 177-185.
- Pairour, R. (2003). *The influence of learned resourcefulness on fasting plasma glucose level by mediating effect of diabetic controlled behaviors of diabetic type 2 persons*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.
- Panitrat, R. (2000). *The relationships among dysfunctional attitudes, learned resourcefulness, and amphetamine use in Thai adolescents*. Ph.D. (Nursing), Mahidol University.
- Pianchob, S. (2005). *The relationships among personal factors, learned resourcefulness, and psychological self care behavior of patients with coronary artery disease*. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, M.L., Zauszniewski, J.A. (2000). Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *Journal of Holistic Nursing, 18*(4), 311-331.
- Prawtaku, S. (2006). *A comparison of needs for helps and caregiver role strain among spouse, children and sibling's caregivers of patients with stroke*. M.N.S. (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Preechawong, S. (2004). *Self-esteem, Learned Resourcefulness, and Self-management behavior of Thai Adolescents with Asthma*. Doctor of Philosophy, Western Reserve University.
- Riedijk, S. R., De Vugt, M. E., Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Van Swieten, J. C., Verhey, F. R. J., et al. (2006). Caregiver Burden, Health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 405-412.
- Rittman, M., Hinojosa, M. S., & Findley, K. (2009). Subjective Sleep, Burden, Depression and General Health Among Caregivers of Veterans Poststroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(1), 39-52.
- Robinson, B.C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344-348.
- Rosenbaum, M. (1989). Self-control under stress: The role of learned resourcefulness. *Advance in behavior research and therapy*, 11(4), 249-258.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned resourcefulness: On coping skill, self-control, and adaptive behavior*: New York: Springer.
- Rosenbaum, M., & Ben-Ari, K. S. (1986). Cognitive and personality factor in the delay of immediate gratification of hemodialysis patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 357-364.
- Rosenbaum, M., & Palmon, N. (1984). Helplessness and Resourcefulness in coping with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 52(2), 244-253.
- Sabbagh, M. (2008). *The Alzheimer's Answer: Reduce your risk and keep your brain healthy*: Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Saengratsamee, A. (2004). *Role strain of caregiver daughters of patients with cerebrovascular disease* M.N.S. (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Sheehan, N. W., & Nuttall, P. (1988). Conflict, Emotion and Personal Strain among Family Caregivers. *Family Relations*, 37(1), 92-98.
- Sink, K.M., Covinsky, K.E., Barnes, D.E., Newcomer, R.J., & Yaffe K. (2006). Caregiver Characteristics Are Associated with Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *JAGS*, 54(5), 796-803.
- Stephens, M. P., Norris, V. K., Kinney, J. M., Ritchie, S. W., & Grotz, R. C. (1988). Stressful situations in caregiving: Relations between caregiver

- Tooth, L., Mckenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 19(2), 963-974.
- Wallhagen, M. I. (1992). Caregiving demands: Their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. *Scholarly Inquiry of Nursing Practice*, 6(2), 111-127.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. L. (1991). *Measurement in Nursing Research*(2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- White, R., Tata, P., & Burns, T. (1996). Mood, Learned resourcedfulness and perception of control in type 1 diabetes mellitus. *Journal of psychosomatic research*, 40(2), 205-212.
- Yeatman, R., Bennetts, K., Allen, N., Ames, D., Flicker, L., & Waltrowicz, W. (1993). Is caring for Elderly Relatives with Depression as Stressful as Caring for those with Dementia? A polite study in Melbourne. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(4), 339-342.
- Yothayai, C. (2004). *Care activities, family caregivers' needs, and consequences of being a caregiver of elderly patients with orthopedic surgery*. M.N.S. (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlate of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zauszniewski, J. A., & Chung, C. (2001). Resourcefulness and health practice of diabetic woman. *Research in Nursing & Health*, 24(2), 113-121.
- Zauszniewski, J. A., Chung, C., & Krafcik, K. (2001). Social cognitive factors predicting the health of elders. *Western Journal of Nursing Research*, 23(5), 490-503.
- Zauszniewski, J. A., Eggenschwiler, K., Preechawong, S., Roberts, B. L., & Morris, D. L. (2006). Effects of teaching resourcefulness skills to elders. *Aging & Mental Health*, 10(4), 404-412.



ภคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรีตัน

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ นพ. สมบูรณ์ อินทลาภาพร

อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

4. อาจารย์ นพ. สุภโชค สิงห์กันต์

อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

5. นาง ดุจดรรณนา พิศาลสารกิจ

พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย
2. แบบวัดภาระในการดูแล (The Caregiving Burden: CBS)
3. แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule: SCS)
4. แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form 36-Health Survey: SF-36)

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ลำดับที่.....

วันที่.....

เอกสารหมายเลข 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย “√” ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ญาติผู้ป่วยตอบแบบ สัมภาษณ์ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแล

1. อายุ.....ปี
2. วัน/เดือน/ปี เกิด
3. เพศ (1) ชาย
(2) หญิง
4. สถานภาพสมรส (1) โสด
(2) คู่
(3) หม้าย
(4) หย่า หรือ แยกกันอยู่
5. ศาสนา (1) พุทธ
(2) คริสต์
(3) อิสลาม
(4) อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
(2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษา
(4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา/อาชีวศึกษา
(5) ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี
(6) อื่นๆ.....

สำหรับผู้วิจัย

[] [] Number

[] age

[] sex

[] status

[] relig

[] educ

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วย

1. อายุ.....ปี [] age
2. วัน/เดือน/ปีเกิด
3. เพศ (1) ชาย [] sex
(2) หญิง
4. Diagnosis.....
5. ระยะเวลาที่ป่วย.....(เดือน/ปี) [] year
6. ค่า TMSE..... [] TMSE
7. ประเมินผู้ป่วย ถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
จากการสังเกต (Modified Bathel's ADL Index)
คะแนนรวมที่ได้.....คะแนน [] [] ADL
 - 1) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ [] ADL 1
 - 2) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ [] ADL 2
 - 3) [] ADL 3
 - 4)
 - 5)
 - 6)
 - 7)
 - 8)
 - 9)
 - 10)
8. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา [] Behavioural
 - () 0 = ไม่มี
 - () 1 = มี ระบุ.....

เอกสารหมายเลค 2
แบบวัดภาระของผูู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีทั้งหมด 15 ข้อ เพื่อวัดภาระของผูู้ดูแลผูู้ป่วย และโปรคทำ
เครื่องหมาย “√” ลงในวงเล็บหน้าข้อถาม หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ญาคิผูู้ป่วย
ตอบแบบลัมภษณ์ตรงกับความเป็นจริง

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นเลย
น้อย	หมายถึง	ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ความยากลำบากในการดูแล

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นเลย
น้อย	หมายถึง	มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึง	มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

แบบวัดภาระของผู้ดูแล (ต่อ)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้					ความยากลำบาก				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ										
2. จัดการเรื่องการเดินทาง										
3. ให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน										
4. ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการดูแลให้พักผ่อน										
5. ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น										
6. ติดต่อกับแพทย์และพยาบาล										
7.										
8.										
.....										
.....										
15.										

เอกสารหมายเลข 3
แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเอง ในแต่ละหัวข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงคำถามตรงกับตัวคุณมากที่สุด

คำตอบที่ดีที่สุดและเป็นประโยชน์ต่อตัวท่าน คือ คำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดย

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 6 | หมายถึง | เป็นตัวฉันมากที่สุด |
| 5 | หมายถึง | เป็นตัวฉันมาก |
| 4 | หมายถึง | เป็นตัวฉันปานกลาง |
| 3 | หมายถึง | เป็นตัวฉันน้อย |
| 2 | หมายถึง | เป็นตัวฉันน้อยที่สุด |
| 1 | หมายถึง | ไม่ได้เป็นตัวฉันเลย |

ข้อความ	ตัวเลือกของคำตอบ					
	เป็นตัวฉันมากที่สุด	เป็นตัวฉันมาก	เป็นตัวฉันปานกลาง	เป็นตัวฉันน้อย	เป็นตัวฉันน้อยที่สุด	ไม่ได้เป็นตัวฉันเลย
	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. เมื่อฉันต้องทำงานที่น่าเบื่อ ฉันจะคิดถึงงานส่วนที่น่าเบื่อให้น้อยลง และคิดถึงรางวัลที่จะได้รับเมื่อฉันทำงานนั้นเสร็จ						
2. เมื่อฉันต้องการทำงานที่ฉันรู้สึกกังวล ฉันจะพยายามหาวิธีจัดการกับความวิตกกังวลนั้น ไว้ก่อนขณะที่ทำงาน						
3.						

ข้อความ	ตัวเลือกของคำตอบ					
	เป็นตัว หนักมาก ที่สุด	เป็นตัว หนักมาก	เป็นตัว หนักปาน กลาง	เป็น ตัวหนัก น้อย	เป็นตัว หนักน้อย ที่สุด	ไม่ได้ เป็นตัว หนักเลย
	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4. เป็นการยากที่ฉันจะเอาชนะความ หงุดหงิดและความเครียดได้ โดยไม่มีคน ช่วยเหลือ						
5.						
6.						
7.						
.....						
.....						
.....						
36.....						

เอกสำรหมำยเลข 4
แบบวัดภำวะสุขภำพของผูู้ดแล (SF 36)

จำกการคูแลผูู้ดแล กรณำอำนค้ำถำมต้อไปนึ้ ถำมผูู้ดแลผูู้ดแล ถึงภำวะสุขภำพเป็น
อย่ำงไร โดยทำเครื่องหมำย “√” ลงใน ☐ ที่ตรงตำมที่ผูู้ดแลผูู้ดแลตอบแบบสั้มภำษณ์ตรงกั้บควำม
เป็นจริง

1. โดยทั่วไปที่ผ่นมำ 1 เดือน สุขภำพของทำน.....(เลือกเพียง 1 ช่ง)

	ดีเยี่ยม
	ดีมำก
	ดี
	พอใช้
	ไม่ดีเลย

2. เปรียบเทียบช่ง 1 ปี ที่ผ่นมำ บั้จบุ้บสุขภำพของทำน.....(เลือกเพียง 1 ช่ง)

	ดีขึ้นมำก
	ดีขึ้นบ้ำง
	เหมือนเดิม
	แย่ลงบ้ำง
	แย่ลงมำก

ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีผลกระทบหรือเป็นข้อจำกัด ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (เลือกเพียง 1 ช่อง ในแต่ละข้อ)

กิจกรรม	มีผล มาก	มีผลบ้าง เล็กน้อย	ไม่มี ผล
3. กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก การเล่นกีฬาอย่างหนัก			
4. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ กวาดบ้าน ถูบ้าน			
5. การหิ้วของจากการจ่ายตลาด หรือ ซุปเปอร์มาเก็ต			
6.			
7.			
11.			
12.			

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่าน มีผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่.....(เลือกเพียง 1 ช่อง ในแต่ละข้อ)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
13. ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆลง		
14. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้		
15.		
16.		

เลือกคำตอบที่ตรงกับสขภำพของทำนให้มำกที่สุด.....(เลือกเพียง 1 ช่อง ในแต่ละข้อ)

ข้อความ	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง เป็น ส่วนมำก	ไม่ทรำบ	ไม่ถูกต้อง เป็น ส่วนมำก	ไม่ ถูกต้อง เลย
33. ทำนรู้สึทว่าทำนเจ็บป่วยง่ำยกว่ำคน อื่นๆ					
34.					
35.					
36.					

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพหุทัศนะของผู้เข้าร่วมวิจัย
เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย)	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวปิติพร สิริทิพากร
สถานที่วิจัย	คลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ. พชรานก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในและเวลานอกราชการ:	084-489-1323
ผู้ให้ทุน	กองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

ในปัจจุบันนี้ โรคสมองเสื่อมเป็น โรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ คอยให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลช่วยเหลือ จำเป็นที่จะต้องใช้เวลาในการดูแลและประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาต่างๆจากการดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอาจมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้เกิดเป็นภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลภาวะสุขภาพตนเอง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน จะมีแหล่งทักษะภายในตนเอง ความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกัน โครงการวิจัยนี้ จึงจัดทำขึ้น เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเอง ภาวะของญาติผู้ดูแล กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หากได้ทราบรายละเอียด ข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถแนะนำญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอให้ท่านมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของท่าน มีส่วนสำคัญ ที่จะทำให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับ การในการดูแลผู้ป่วยแหล่งทักษะภายในตนเองของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่าง แหล่งทักษะภายในตนเอง การของญาติผู้ดูแล กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะสามารถเรียนรู้ และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในการให้คำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ และเพิ่มแหล่งทักษะภายในตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป อนึ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านสำหรับเวลาและความช่วยเหลือของท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านขณะรอตรวจจากแพทย์ หรือขณะที่รอรับยาหลังจากพบแพทย์แล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจตามคิวที่ได้รับ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ เรียงตามลำดับ คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย
- 2) แบบวัดภาระของญาติผู้ดูแล
- 3) แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง
- 4) แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นอันดับสุดท้าย โดยคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่าน จะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านได้มีโอกาสที่จะได้พูดคุยแสดงความคิดเห็น หรือระบายความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะสุขภาพ ที่มีอยู่กับผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตาม ประเมินหรือช่วยเหลือท่านตามปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่ ระหว่างการสนทนา คำถามบางคำถามอาจทำให้ท่านรู้สึกเศร้า เมื่อท่านนึกถึงประสบการณ์ตึงเครียดของท่าน และต้องสนทนากับสิ่งนั้น ท่านอาจรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล หรือเครียดที่จะต้องพูดคุยถึงความรู้สึกส่วนตัว ซึ่งท่านไม่จำเป็นต้องพูดให้คนอื่นฟัง ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา ท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านและผู้ป่วยจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาล และการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือ

ของท่าน ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้ เป็นความลับในทีเดียว ปกติ ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของการสัมภาษณ์ ตัวเลขจะถูกแทนชื่อของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัยเท่านั้น ที่จะทราบข้อมูลบ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภูมิปัญญา และอาชีพ ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถจะขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึก อุดมเดชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช หมายเลขโทรศัพท์ (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

(.....)

วันที่

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แห้งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไข หากเกิดอันตรายขึ้นและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจ เกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยนี้ขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวปิณฑร สิริพิพักร ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พรานนก แขวง ศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ (084) 489-1323 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึก อุดมเดชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช หมายเลขโทรศัพท์ (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งทางด้านประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทน
ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/วันที่.....

ภคผนวก ง

การรับรอนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพรวนนท บำงกอน้อย
กรงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรอนโครงการวิจัย

หมายเลข *Si* 225/2011

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของผู้ดูแลแหล่งพักพิงภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

รหัสโครงการ : 189/2554(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวปิณฑร สิริพิพักร
คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอน :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. แบบสอบถาม
5. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอน : 25 เมษายน 2554

วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอนโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

26 เมษายน 2554
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล

02 พ.ค. 2554
วันที่

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสีลม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๒๖๐

วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ด้วย นางสาวปิณฑิรา สิริทิพากร นักศึกษาศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, คลินิกโรคผู้สูงอายุ, คลินิกระบบสมอง ประสาทผู้ใหญ่ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น ๒ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรี เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช

โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๕๕-๕๕๑๖

ภาคผนวก จ
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จดหมายขออนุญาตใช้แบบสอบถามแหล่งทักษะภายในตนเอง (Self control schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1989)

Michael Rosenbaum, Ph.D.

Miker@post.tau.ac.il

- To Mimi siritipakorn (Pitiporn Siritipakorn)

From: **Michael Rosenbaum, Ph.D.** (Miker@post.tau.ac.il)

Sent: Sunday, January 02, 2011 7:28:27 AM

To: Mimi siritipakorn (g5236492@hotmail.com)

Dear Pitipom, Thank you for your interest in my work on Learned Resourcefulness. You have my permission to use the SCS in your research dissertation. I would be very happy if you share with me the results of your study with the care givers. Good luck with your research. Best wishes,

Michael Rosenbaum, Ph.D.

Professor of Psychology (emeritus)

Department of Psychology

Tel Aviv University, Israel

Tel (home): 972-3-9693443

Mobile: 972-54-4236005

----- Original Message -----

From: Mimi siritipakorn (Pitiporn Siritipakorn)

To: miker@post.tau.ac.il

Sent: Saturday, January 01, 2011 11:24 PM

Subject: Ask for permission to use the Self-Control Schedule

Dear Prof. Michael Rosenbaum,

My name is Pitiporn Siritipakorn. I am studying in Master of Nursing Science Program (Adult Nursing) at Mahidol University, Bangkok, Thailand. I am developing my dissertation proposal with Dr. Wimolrat Phuwarawutpanit. I am interested in questionnaire "The Self-Control Schedule" for using in my research.

I am interested in family caregivers of Alzheimer's disease patients with dissertation proposal on the topic of The Relationships between Learned Resourcefulness, Caregiver burden and Health status on family caregivers of Alzheimer's disease patients. Learned Resourcefulness is one of concepts that I would like to study. From my review, I found "The Self-Control Schedule" best fit with my framework. Would you willing to give me permission for using this measurement in my research?

Thank you in advance for your consideration of this matter.

Respectfully,

Pitiporn Siritipakorn

Faculty of Nursing

Mahidol University

Bangkok Thailand

E-mail: g5236492@hotmail.com

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวปิติพร สิริทิพากร
วัน เดือน ปีเกิด	28 ตุลาคม พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2539 - 2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552 - 2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	26/71 หมู่ 4 ซอยกันตนา ถนน กาญจนภิเษก ต. บางม่วง อ. บางใหญ่ จ. นนทบุรี 11140 โทรศัพท์ 084-489-1323 E-mail: g5236492@hotmail.com
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2543 - 2555 พยาบาลวิชาชีพ (พนักงานมหาวิทยาลัย) หอผู้ป่วยมหิตลวรานุสรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 0-2-419-7487-8 E-mail: g5236492@hotmail.com